

Validación de un cuestionario de satisfacción perioperatoria (EVAN-G)

Tesis doctoral. Departamento de Cirugía

Inmaculada Benítez Linero



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Título de la tesis

Validación de un cuestionario de satisfacción perioperatoria (EVAN-G)

Doctorando

Dña. Inmaculada Benítez Linero

Directores

Prof. Dr. D. Fernando Docobo Durantez

Prof. Dr. D. Juan Polo Padillo

Dr. D. Francisco Sánchez Carrillo

Tutor

Prof. Dr. D. Antonio Ordóñez Fernández

Sevilla, Marzo 2017

A mi familia

Agradecimientos

En primer lugar siento la necesidad de agradecer, profunda e infinitamente, el apoyo incondicional que siempre tengo de mi familia. Sin ellos nada de lo que hago o soy sería posible. Sin ellos nada tendría sentido.

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis directores de tesis, los doctores D. Fernando Docobo Durantez, D. Juan Polo Padillo y D. Francisco Sánchez Carrillo, y a mi tutor, el doctor D. Antonio Ordóñez Fernández, por acompañarme y guiarme en este duro pero gratificante trabajo. Agradezco la entrega, la disposición y los sabios consejos.

Gracias a mi amiga Guiomar Fernández Castellano, por su dura y cariñosa corrección, por su apoyo, siempre presente. Gracias a mis compañeros y a la vez amigos, que me han ayudado y acompañado, aun sin saberlo. Gracias por las risas.

Por supuesto gracias a los pacientes, protagonistas de esta historia. Agradezco su colaboración en momentos difíciles y complicados. Me han dado lo mejor que tienen, ellos son los verdaderos maestros, los que nos enseñan cada día. Por ellos estamos aquí. Por ellos tanto esfuerzo merece la pena.

Y gracias a todas aquellas personas que de una manera u otra me han aportado o enseñado algo a lo largo de mi vida, este trabajo tiene un poco de cada una de ellas.

*Patients don't care what we know,
they want to know that we care*

Índice general

Resumen	1
1. Introducción	3
1.1. Definición de calidad. Calidad de los servicios sanitarios	3
1.2. Satisfacción del paciente como indicador de calidad	5
1.3. Cuestionarios de salud y calidad de vida	7
1.4. Cuestionarios de satisfacción en medicina. Antecedentes y estado actual del tema	8
1.5. Cuestionarios de satisfacción en el ámbito quirúrgico	9
1.6. Manejo, traducción y adaptación de cuestionarios	13
2. Justificación del estudio	17
3. Hipótesis y objetivos	19
3.1. Hipótesis	19
3.2. Objetivos	20
3.2.1. Objetivos secundarios	20
4. Material y métodos	21
4.1. Adaptación del cuestionario	21
4.1.1. Traducción lingüística	22
4.1.2. Adaptación transcultural	28
4.2. Aplicación del cuestionario	29
4.2.1. Selección de la muestra representativa	29
4.2.2. Recogida de datos	30
4.3. Análisis de las propiedades psicométricas	31
4.3.1. Validez	31
4.3.2. Fiabilidad	33

4.3.3. Aceptabilidad	34
4.4. Cálculo del Índice de Satisfacción Global (ISG)	34
4.5. Análisis de la relación entre satisfacción y otras variables	35
5. Resultados	37
5.1. Variables socio-demográficas	37
5.2. Análisis de los ítems	42
5.3. Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario	45
5.3.1. Validez	46
5.3.2. Fiabilidad	50
5.3.3. Aceptabilidad	51
5.4. Cálculo del Índice de Satisfacción Global (ISG)	53
5.5. Análisis de la relación entre satisfacción y otras variables	54
6. Discusión	57
7. Conclusiones	67
Referencias	68
Abreviaturas	77
Anexos	79
A. Consentimiento del autor del cuestionario original	81
B. Recomendaciones generales para la adaptación transcultural	83
C. Informe favorable del comité de ética	85
D. Versión fusionada	87
E. Traducción inversa	95
F. Datos sociodemográficos	103
G. Cuestionario EVAN-G original	105
H. Cuestionario EVAN-G traducido	113
I. Cuestionario MGPD y escala EVA	121
J. Cuestionario STAI	123
K. Hoja de información al paciente	125

Índice de gráficos

5.1. Edades	38
5.2. Sexo	38
5.3. Nivel de estudios	39
5.4. Lugar de residencia	39
5.5. Estado de convivencia	39
5.6. Estado de salud	41
5.7. Tipo de cirugía	41
5.8. Tipo de anestesia	41
5.9. Manejo de la vía aérea	42
5.10. Tasa de no-respuesta	43
5.11. Medias de los 30 ítems	45
5.12. Índice de satisfacción global	53

Índice de tablas

4.1. Glosario	24
4.2. Nivel de dificultad de la traducción de cada ítem	25
4.3. Discrepancias terminológicas y solución hallada	26
5.1. Análisis descriptivo de los 30 ítems	44
5.2. Ítems y dimensiones en la versión original y traducida	46
5.3. Análisis de los componentes principales (rotación VARIMAX) de los 30 ítems	47
5.4. Comparación de la validez de constructo	49
5.5. Comparación de la correlación entre EVAN-G original y traducido. Com- paración MGPQ y STAI	50
5.6. Comparación de fiabilidad.	51
5.7. Cuadro resumen	52
5.8. Distribución de las puntuaciones según el nivel de satisfacción	54
5.9. Comparación de ISG, MGPQ, STAI, EVA	54
5.10. Relación entre ISG y las dimensiones con variables sociodemográficas y relacionadas con el estado de salud previo y el proceso quirúrgico.	56

Resumen

Introducción. La satisfacción del paciente es un indicador fiable y medible de la calidad prestada por un servicio sanitario. Para su medición existen varios cuestionarios. Entre los que han demostrado tener buenas propiedades psicométricas destaca el EVAN-G, que mide la satisfacción del paciente con la anestesia general y se encuentra validado en francés. El objetivo de este estudio es realizar la traducción lingüística y la adaptación transcultural de dicho cuestionario al español.

Material y Método. Se ha realizado la traducción/retrotraducción del cuestionario y se ha obtenido una versión final que ha sido aplicada a 300 pacientes. Se han medido las propiedades psicométricas para comprobar que se han mantenido tras el proceso anterior. Se ha medido la validez de contenido, de constructo y la validez externa. Para el cálculo de la fiabilidad se ha usado el coeficiente α de Cronbach y el test re-test. Se ha calculado el Índice de Satisfacción Global y se ha analizado la correlación con diferentes variables sociodemográficas.

Resultados. Se ha obtenido una buena validez, un coeficiente α -Cronbach de 0,92 y un test re-test medido por el coeficiente de correlación intraclass de 0,9. La aceptabilidad ha sido alta. El Índice de Satisfacción Global ha sido de 73 ± 12 . Se ha encontrado correlación entre el EVAN-G y el sexo, el lugar de residencia, la premedicación preoperatoria, la especialidad quirúrgica y el tiempo de cirugía.

Conclusión. La validación del EVAN-G al español ha dado lugar a un cuestionario válido y fiable para medir la satisfacción del paciente en intervenciones realizadas bajo anestesia general.

Capítulo 1

Introducción

1.1. Definición de calidad. Calidad de los servicios sanitarios

El concepto de calidad comienza interesando principalmente al sector industrial, si bien pronto se aplica a otros ámbitos como la salud. En un principio por el interés y la responsabilidad del clínico para ofrecerle lo mejor a su paciente (principio de beneficencia) intentando reducir la variabilidad en el diagnóstico, tratamiento y cuidados de diferentes procesos que se traducen en aumento de la calidad [1],[2].

A día de hoy, la calidad preocupa a todos los implicados en el proceso asistencial, desde el paciente y los profesionales sanitarios, hasta políticos y gestores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de CALIDAD relacionada con los servicios sanitarios como «asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso»[3].

Si profundizamos aun más en este concepto llegamos a la Gestión de Calidad Total, refiriéndonos a la estrategia de gestión de toda empresa a través de la cual se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, los empleados, los accionistas y la sociedad en general, por medio de la utilización de todos los recursos de que dispone, expresado como el modelo European Foundation for Quality Management

(EFQM). Éste es un modelo de excelencia que todo tipo de organizaciones pueden utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias [4]. La gestión de éste se realiza por procesos y se apoya en todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta aspectos éticos y sociales.

En el ámbito sanitario, el concepto de CALIDAD ya aparece en 1966 de la mano de Donabedian [5]. Éste desglosa la evaluación de la calidad en *estructura* (instrumentos y recursos que los sanitarios tienen a su alcance), *proceso* (si la medicina se practica correctamente, forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia) y *resultados* (no solo en términos de recuperación, restauración de la función o supervivencia sino también en satisfacción del paciente con la atención prestada). Destaca las numerosas ventajas que se obtienen del uso de los *resultados* en su definición más tradicional, (recuperación, funcionalidad o supervivencia) como criterio de calidad en la atención médica. Es un parámetro concreto y de medición precisa. Sin embargo remarca la limitación de su uso como medida de la calidad de la atención, ya que a veces el resultado es irrelevante, difícil de medir o está influido por múltiples factores.

Palmer en 1983 intenta definir la calidad separando sus diferentes componentes [6]:

Calidad científico-técnica. Competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

Accesibilidad. Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales. . .

Satisfacción o aceptabilidad. Nivel en el que la atención prestada complace las expectativas del usuario.

Efectividad. Grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.

Eficiencia. Grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costes generados.

Por tanto, existe dificultad a la hora de explicar qué es la calidad. Resulta un concepto esquivo básicamente porque no es lo mismo para todos, difiere en cada paciente, en cada observador, en cada persona. Sí existe consenso en definirlo como un fenómeno multidimensional, complejo y dinámico. Es obvio que el entorno hospitalario en el que nos movemos está cambiando y es necesario ofrecer en cada momento la mejor asistencia. No debemos olvidar (aunque no es el cometido de este trabajo), que el coste necesario para ello debe ser el menor posible si queremos garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Enfatizar que no siempre aquello que es de calidad y que da como resultado a un paciente satisfecho, debe ser caro. Ese error puede llevarnos a pasar por alto cuidados, gestos y actitudes más valiosas para el paciente que muchos de los tratamientos y tecnologías en las que se invierten presupuestos millonarios.

1.2. Satisfacción del paciente como indicador de calidad

En el pasado, la calidad de la asistencia sanitaria se ha estudiado ampliamente desde el punto de vista clínico, excluyendo la percepción del paciente de la calidad del servicio [7]. Como se ha expuesto con anterioridad, la satisfacción la describe Palmer en 1983 [6] como uno de los componentes de la calidad.

En primer lugar se intenta definir el término satisfacción al igual que se hace con el término de calidad. Heidegger et al en 2002 ya delimita las dificultades para ello sea cual sea la zona en la que se estudie [8]. La Real Academia de la Lengua Española define satisfacción, en una de sus acepciones, como la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.

En el ámbito sanitario ha habido varios intentos por acordar una definición aceptada ampliamente. Pascoe [9] la entiende como las reacciones de los receptores de cuidados de salud ante el cuidado aportado, la reacción está compuesta por una evaluación cognitiva y una respuesta emocional. Además la satisfacción del paciente depende de la discrepancia entre las expectativas previas y la realidad final [10]. En teoría, la satisfacción para el paciente representa una evaluación de la experiencia de la atención médica en base a sus propios valores, percepciones e interacciones con el ambiente sanitario.

En la práctica anestésica, estudios previos demuestran las limitaciones de usar

eventos adversos anestésicos para supervisar el cuidado de la anestesia [11]. Las principales medidas de resultado (la muerte y complicaciones como infarto de miocardio, paro cardíaco y lesión cerebral grave) son demasiado raras para permitir comparaciones útiles entre las instituciones. La evaluación de los resultados de menor importancia (como el dolor y náuseas) plantean problemas metodológicos significativos [12]. Eagle y Davies en 1993 revisan los modelos de calidad en anestesia y mencionan por primera vez la medición de la satisfacción de los pacientes en este ámbito [13]. Duncan, en una editorial acompañante [14], refiere que el valor de un servicio anestésico significa distintas cosas a diferentes observadores, entre los que incluye a los pacientes, cirujanos, gestores, residentes, estudiantes y otros colegas anestesiólogos. Este trabajo se centra en la visión de los pacientes.

Por lo tanto, uno de los indicadores fundamentales de calidad es la satisfacción de los pacientes con la atención prestada. Esto es debido principalmente a la seguridad que aporta la anestesia moderna, permitiendo dirigir nuestra atención en conseguir objetivos más ambiciosos: aportar el máximo confort en el marco de la anestesia más segura individualizando los requerimientos de cada paciente, ya sean fisiológicos o psicológicos.

Tanto calidad como satisfacción son conceptos difíciles de definir, pero parece clara la relación entre satisfacción del paciente y calidad del servicio prestado. La satisfacción es un indicador de la percepción que tiene el paciente de los servicios sanitarios, aunque sea personal y subjetiva. Gotlieb et al. [15] indican que la calidad percibida afecta a la satisfacción y que el comportamiento se ve afectado por la satisfacción.

Por ello parece lógico y necesario crear los instrumentos adecuados para medir la satisfacción de nuestros pacientes y así poder conocer la calidad del servicio que prestamos. El propósito no es otro que poder mejorarla y caminar hacia la excelencia. La satisfacción del usuario es nuestro objetivo pero también lo es el resultado de la asistencia sanitaria, y una medida útil de su calidad [16].

Es una equivocación dejar escapar la oportunidad de conocer la calidad de lo que hacemos con tanto cariño y tesón, quizá pudiendo mejorarlo de manera perceptible con el mismo o incluso menor esfuerzo, para ello es necesario conocer dónde nos encontramos, solo así sabremos hacia donde caminar.

En el futuro puede estar justificado estudiar si la mejora en esta dimensión apor-

ta ventajas medibles en términos de días de hospitalización, medicación analgésica consumida, etcétera.

1.3. Cuestionarios de salud y calidad de vida

Los cuestionarios son instrumentos de medida, y en el caso de los de salud, el objetivo es conocer el estado general de los pacientes, la satisfacción de éstos o de los profesionales, etcétera.

La OMS establece que la medida del nivel de salud debe realizarse conociendo el grado de calidad de vida y no solo a partir de indicadores de frecuencia o gravedad de las diferentes enfermedades. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), un grupo dentro de esta organización especializado en calidad de vida formado por quince centros internacionales, ha desarrollado un sistema de evaluación de la calidad de vida que fuera aplicable en distintas culturas [17]. Destacamos el WHOQOL-100 [18] y su versión abreviada, WHOQOL-BREF [19]. Se han realizado múltiples adaptaciones, como el dirigido a personas con virus de la inmunodeficiencia humana (WHOQOL-HIV) [20] y se han añadido hasta 32 ítems para evaluar aspectos como la espiritualidad, religiosidad y creencias personales (WHOQOL-SRPB) que también ha sido simplificado para su más fácil manejo [21].

Existen otros muchos como el SF-36 [22] que explora múltiples dimensiones de la salud asociadas a la calidad de vida, o el cuestionario de salud general de Goldberg [23], creado en la década de los 70 con el fin de evaluar el estado de salud general o autopercebida, que ha sido modificado, adaptado y perfeccionado por múltiples autores.

Una gran cantidad de cuestionarios han sido publicados. Como requisito indispensable, cada cuestionario debe ir acompañando por su manual de uso, que explica qué intenta medir dicho cuestionario, qué tipo de test es, cómo debe utilizarse, la puntuación de los ítems, la interpretación de los resultados y datos sobre sus propiedades psicométricas.

1.4. Cuestionarios de satisfacción en medicina. Antecedentes y estado actual del tema

Se han comentado las vertientes cognitiva y emocional de la satisfacción, y cómo ésta disminuye si no se cumplen las expectativas previstas. La medición de la satisfacción del paciente como indicador de calidad en medicina tiene una larga trayectoria, considerándose en la actualidad una herramienta de gran valor.

En 1975 Ware y cols [24] ponen de manifiesto la necesidad de evaluar la percepción del paciente sobre las características de los médicos y los servicios de salud. Pretenden identificar las dimensiones que componen esta percepción, como las creencias acerca de la conducta del médico en cuanto a la calidad de los cuidados y a la humanidad en la entrega de éstos, así como la satisfacción con la continuidad de la atención, la disponibilidad y el acceso a los diferentes servicios.

En 1977 Hines y cols [25] crean un cuestionario breve en un intento por conseguir ese objetivo, el resultado es The Service Evaluation Questionnaire (SEQ). Las dimensiones identificadas son la accesibilidad, la disponibilidad de médicos de familia, la disponibilidad de hospitales y especialistas, la integridad de las instalaciones, la continuidad de la atención y la conducta del médico englobando el *arte* y los aspectos técnicos de la calidad. También se comenzaron a tener en cuenta las características demográficas de los encuestados. La conducta del médico fue claramente el factor más importante en relación con la satisfacción general tanto para la muestra total como para determinados grupos estudiados.

Las conclusiones aportadas por la revisión de Cleary y cols [16] en 1988 son parecidas, un trato más personal en el cuidado aportado por las organizaciones y los proveedores de salud se asociaban a mayores niveles de satisfacción. Algunos estudios sugieren que un cuidado más personal resulta en una mejor comunicación y más implicación por parte del paciente y por lo tanto mejor calidad en la atención, aunque son necesarios más estudios para relacionar inequívocamente la calidad de la asistencia con la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

La satisfacción del paciente se considera cada vez como uno de los factores más importantes en la medición de la calidad de la atención médica, algunos autores lo definen como el principal factor de la atención clínica medible y con capacidad de mejora.

Por tanto, queda claro que la calidad de la asistencia sanitaria en general va adquiriendo importancia y con ello la necesidad de medir la satisfacción de los pacientes como indicador fundamental.

1.5. Cuestionarios de satisfacción en el ámbito quirúrgico

En el ámbito quirúrgico comienzan a aparecer de igual manera diferentes cuestionarios, la Anestesiología no es una excepción. Se expone a continuación un repaso temporal por los principales cuestionarios focalizados en la satisfacción de los pacientes con los cuidados recibidos en el periodo perioperatorio en general y en particular por los servicios de anestesia:

Patient satisfaction with general anesthesia. En 1996, en Newcastle, Reino Unido, Whitty y cols. [26] desarrollan un cuestionario de 44 ítems para medir la satisfacción con la anestesia general en pacientes a los que se les realizaba cirugía general, oftalmológica y maxilofacial bajo anestesia general. Intentan dar respuesta a un vacío en la literatura científica aún inexplorado, ya era patente la importancia de la satisfacción del paciente como indicador de calidad, sin embargo no existían cuestionarios que intentaran medirla en pacientes sometidos a anestesia general.

The Iowa satisfaction with anesthesia scale (ISAS). En Iowa (EEUU) en 1997, Dexter y cols. [27] publican el ISAS para MAC (The Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale for Monitored Anesthesia Care) un cuestionario de 11 ítems cuyo objetivo era determinar la satisfacción del paciente con la sedación monitorizada para procedimientos de cirugía menor. Posteriormente, en 2004, Bell y cols [28] realizan una revisión sistemática donde se evalúan todos los instrumentos para medir la satisfacción con la anestesia publicados hasta ese momento. En ella concluyeron que el cuestionario de ISAS contenía todas las propiedades psicométricas necesarias para su uso basado en criterios estables, aunque sería recomendable continuar probándolo y perfeccionándolo.

Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie (EVAN). Ya en 1999, Auquier y cols. [29], [30] desde Marsella, Francia, realizan un cuestionario cuyo propósito es medir la satisfacción de los pacientes con el período perianestésico, Échelle de vécu périopératoire de l'anesthésie (EVAN). Se publica inicialmente una primera fase de construcción y validación y posteriormente una segunda donde se expusieron los

resultados preliminares. El cuestionario EVAN está compuesto por 6 dimensiones (la atención, la privacidad, la información, el dolor, la incomodidad y los tiempos de espera) constituidas a su vez por 26 ítems. Es el resultado de una primera fase de generación de ítems seguida por la selección de la población, la recogida de datos y la posterior validación psicométrica (validez interna, validez externa, validez discriminante, validez de contenido, fiabilidad y aceptabilidad).

Quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults (QoR Score). En Victoria, el segundo estado más pequeño de Australia, en el mismo año en que se publicó el EVAN, Myles y cols. [31] crean el QoR Score. Se seleccionaron 9 ítems para construir el cuestionario final. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía ambulatoria, cirugía menor y mayor.

QoR-40. De nuevo Myles y cols. [32] un año después de la publicación del QoR Score, desarrollan un cuestionario dirigido a diversos grupos de pacientes sometidos a muchos tipos de cirugía. Se emplearon tres métodos para obtenerlo: la escala analógica visual para medir el dolor (Visual Analog Scale, VAS), el QoR Score previo y un cuestionario con 50 ítems. El resultado es el QoR-40 Score, compuesto por 40 ítems agrupados en 5 dimensiones, más extenso y eficiente que su antecesor.

The scale of patient's perceptions of cardiac anesthesia services (SOPP-CAS). En Montreal (Canadá) en 2001, Le May y cols. [33] diseñan el cuestionario SOPPCAS. Este cuestionario, formado por 17 ítems, intenta medir la percepción de los pacientes con el servicio proporcionado por los anestesiólogos en cirugía cardíaca. Bauer y cols [34] en Heidelberg, Alemania, realizan un cuestionario para evaluar la satisfacción con la anestesia y además comparan la técnica del cuestionario estandarizada con la entrevista cara a cara.

Cuestionario de Heidegger. En 2002 Heidegger y cols. [8] desarrollan un cuestionario sobre la satisfacción con los cuidados de anestesia y realizan una comparación de sus resultados en seis hospitales de Suiza y Austria. Entre las áreas que debe cubrir dicho cuestionario destaca la información al paciente, la participación en la toma de decisiones y el contacto con el anestesiólogo.

Adaptación del cuestionario QoR al alemán. Eberhart y cols. [35] traducen al alemán, en 2002, el cuestionario QoR, y se evalúa en 577 pacientes destacando su fácil aplicación en un grupo heterogéneo de pacientes quirúrgicos.

The anaesthesiological questionnaire. En el año 2003, Hüppe en Alemania desarrolla The Anaesthesiological Questionnaire (ANP) [36] que en años posteriores

se modifica y adapta para otras cirugías. En Tailandia [37] se realiza un cuestionario con el mismo objetivo, intentar medir la satisfacción del paciente.

Preoperative assessment testing clinics (PATCs). En 2004, Hepner y cols. [38] desde Boston (EEUU) elaboran un cuestionario sobre la satisfacción del paciente exclusivamente durante el período preoperatorio, englobando cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y personal de laboratorio. Es el llamado PATCs. Para ellos, tanto el responsable de la visita preoperatoria como los aspectos funcionales de ésta, tienen un impacto significativo en la satisfacción del paciente.

Evaluation du vécu de l'anesthésie générale (EVAN-G). Pascal Auquier y cols. [39] desarrollan en 2005 el cuestionario EVAN-G, sucesor del cuestionario EVAN creado en 1999. Este test mide la satisfacción del paciente con el período perioperatorio pero solo en aquellos pacientes sometidos a anestesia general. Las dimensiones son las mismas y los ítems también. Ambos cuestionarios incluyen a los pacientes en el proceso de desarrollo del cuestionario.

Cuestionario Iowa en pacientes bajo anestesia tópica y sedación monitorizada. En 2005, Fung y cols. [40] deciden probar el cuestionario de IOWA (1997) para medir la satisfacción de los pacientes intervenidos de catarata bajo anestesia tópica y sedación monitorizada en un hospital comunitario canadiense concluyéndose que dicho cuestionario posee la suficiente fiabilidad y validez para tal cometido.

Anaesthesiological questionnaire para cirugía cardíaca (ANP-KA). Hüppe y cols. en 2005 [41] realizan una adaptación del Anaesthesiological Questionnaire (2003, Alemania) para la anestesia cardíaca: ANP-KA.

Cuestionario de satisfacción en España. En España se desarrolla y valida un cuestionario de satisfacción para pacientes hospitalizados en servicios médicos y quirúrgicos en 2005. González y cols. [42] concluyen que es psicométricamente sólido.

Cuestionario de Capuzzo. En 2005 Capuzzo y cols. [43] elaboran en Italia un cuestionario identificando aquellos elementos en los que los pacientes basan su satisfacción. Hacen referencia a los elementos de la atención que se refieren a las relaciones emocionales e interpersonales.

Cuestionario de satisfacción para pacientes intervenidos bajo anestesia regional. En 2006, en Francia, Montenegro y cols. [44] realizan un cuestionario dirigido a los pacientes intervenidos de cirugía de cadera bajo anestesia regional cuyo objetivo es medir la satisfacción en relación con la anestesia.

The Heidelberg peri-anaesthetic questionnaire. Schiff y cols. [45] en 2008, desde Alemania, desarrollan un cuestionario con 38 preguntas sobre 5 dimensiones, lo llaman el Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire y se valida en tres hospitales diferentes.

The leiden perioperative care patient satisfaction questionnaire (LPPSq). Desde los Países Bajos, en 2008, aparece The Leiden Perioperative care Patient Satisfaction questionnaire (LPPSq) [46]. Caljouw y cols realizan dicho test con la intención de medir la satisfacción del paciente con los cuidados perioperatorios. El test se desarrolla basándose en el EVAN, expandiendo la dimensión de información e incluyendo la relación entre el personal y el paciente.

The patient satisfaction with perioperative anesthetic care questionnaire (PSPACq). En 2011, Mui y cols [47] crean The Patient Satisfaction with Perioperative Anesthetic Care questionnaire (PSPACq) desde Taiwán. El objetivo es ambicioso, medir la satisfacción de los pacientes con la anestesia general y regional. Consta de 30 ítems y está adaptado a la cultura taiwanesa.

Adaptación del cuestionario QoR-40 al Japonés (QoR-40 J). Tanaka y cols. [48] realizan en 2011 la adaptación al japonés del QoR-40 Score (QoR-40 J). Dexter y cols. [49] analizan los datos recogidos al aplicar el cuestionario ISAS a varios centros.

Q1, Q2 Y Q3. Cuestionarios griegos. En 2012 Kouki y cols. [50] desarrollan en Grecia tres cuestionarios para medir la satisfacción de los pacientes: Q1 para anestesia general sola o combinada con epidural, Q2 para anestesia regional sola y Q3 para analgesia epidural o analgesia controlada por el paciente.

Evaluation du vécu de l'anesthésie locorégionale (EVAN-LR). En 2013 aparece el EVAN-LR (Evaluation du Vécu de l'Anesthésie LocoRégionale) en Francia. Szamburski y cols. [51] entre los que se encuentra Pascal Auquier, realizan y validan un cuestionario para medir específicamente la satisfacción de los pacientes con la anestesia regional.

Este breve repaso por la bibliografía existente deja patente la gran cantidad de cuestionarios que se han creado hasta la fecha, muchos de ellos no los hemos nombrado por su poca relevancia o por ser demasiado específicos. Aunque existen muchos test, sólo unos pocos cumplen con los criterios psicométricos adecuados.

Una de las últimas revisiones publicadas es la de Barnett en 2013 [52]. Los autores realizan una revisión sistemática para identificar todas las herramientas que se utilizan para medir la satisfacción del paciente con la anestesia y las han sometido a una tasación de la calidad metodológica. Afirman que aún muchos estudios utilizan instrumentos no validados o mal desarrollados, lo que conduce a unos resultados sesgados e inexactos. Alerta a los investigadores y los anima a utilizar instrumentos validados para asegurar que la satisfacción del paciente sea medida de manera justa y precisa.

En dicha revisión, el proceso de evaluación psicométrica se divide en tres partes: la primera describe la generación de ítems y la prueba piloto, la segunda expone la validación y fiabilidad, y en tercer lugar, la aceptabilidad por los pacientes, incluyendo la tasa de respuesta y el tiempo total. Se anota en una escala de 0 a 2 la puntuación en cada categoría, con una puntuación máxima alcanzable de 6 en total. Los únicos cuestionarios que alcanzan la máxima puntuación fueron el EVAN [29], [30], EVANG [39], el cuestionario de Capuzzo [43], el de Heidegger [8], el SOPPCAS referente a la anestesia en cirugía cardíaca [33] y el ISAS [27] sobre cuidados anestésicos monitorizados. Ninguno de ellos se ha adaptado y validado en castellano.

1.6. Manejo, traducción y adaptación de cuestionarios

La herramienta para medir la satisfacción del paciente son los cuestionarios. Éstos están formados por una serie de preguntas que intentan medir nuestra variable y debe ser completada por los pacientes, nuestra población a estudio. La elaboración de un nuevo cuestionario válido y fiable es un proceso complejo y conlleva un gasto de tiempo importante, se debe seguir un riguroso proceso paso a paso y debe incluir como mínimo la validez de contenido, de criterio, de constructo y la fiabilidad [53]. Se aconseja utilizar escalas sumativas, como la Likert, (uno de los procedimientos más comúnmente usados) [54], que expone una puntuación del 1 al 5, siendo 1 *mucho menos de lo esperado*, 2 *menos de lo esperado*, 3 *justo lo esperado*, 4 *más de lo esperado* y 5 *mucho más de lo esperado*. Debemos tener en cuenta que múltiples factores pueden influir en la percepción que tienen nuestros pacientes de la atención que se les presta, por ejemplo la edad, el sexo o su nivel cultural, todos estos datos deben ser adecuadamente recogidos y estudiados.

El proceso de nueva creación de un cuestionario siempre es más laborioso que la

adaptación de uno existente que ya cumpla con los requisitos psicométricos mínimos y que haya sido probado y validado en otra población. Si bien es cierto que nos ahorraremos los primeros pasos, como la generación de ítems o la elaboración y revisión del cuestionario piloto, debemos realizar una traducción fiable (si el test está en un idioma diferente al de la población a estudio) y una posterior adaptación transcultural. Es fundamental que seamos igual de estrictos en este proceso como lo fueron los creadores del cuestionario original, si no es así las propiedades psicométricas con las que cuenta dicho test pueden desaparecer y éste dejar de ser válido para medir aquello que nos interesa.

El proceso de adaptación consta de los siguientes pasos que desglosaremos en el apartado correspondiente: obtención del consentimiento por parte del autor del cuestionario, aprobación del Comité Ético correspondiente, traducción lingüística, adaptación transcultural y aplicación del cuestionario a la población analizando sus propiedades psicométricas.

Para medir la satisfacción del paciente con la anestesia general no se ha encontrado ningún cuestionario en castellano que tenga todas las propiedades psicométricas deseables. Sin embargo sí existen en otros idiomas, por ello se ha decidido elegir el más adecuado y realizar el proceso de traducción y adaptación transcultural. El proceso de validación debe incluir pruebas de validez y fiabilidad. Como se ha comentado, el problema no se resuelve traduciendo literalmente el cuestionario al idioma objetivo, sino que es necesaria la adaptación posterior a nuestra cultura.

Como se puede comprobar tras revisar la literatura, se han desarrollado múltiples cuestionarios en diferentes países e idiomas. Una vez se han evaluado los cuestionarios existentes se ha elegido el más adecuado para medir la satisfacción del paciente. Para ello, se ha tenido en cuenta su calidad, las propiedades psicométricas, su capacidad para medir la variable objetivo y su aplicabilidad en nuestro medio.

El cuestionario seleccionado es el EVAN-G cuya primera versión en francés data de 1999 y evalúa la satisfacción del paciente con el periodo perianestésico [29], [30]. En 2005 el mismo autor, Pascal Auquier, vuelve a desarrollarlo realizando todo el proceso desde el principio [39], realizando una validación psicométrica rigurosa, según diversas revisiones sistemáticas [52], [55]. Dicho instrumento está desarrollado y se ha validado en una población y lengua diferente a la nuestra, no se ha encontrado en castellano ningún otro que cumpla los requisitos requeridos tan estrictamente. Es el elegido por sus sólidas características psicométricas, por centrarse en los pacientes

que reciben anestesia general y por la proximidad geográfica del país galo, compartiendo más características culturales con el nuestro que otros países no europeos.

En definitiva, la calidad es un fenómeno multidimensional, complejo, dinámico y difícil de definir, pero a la vez muy importante, ya que la percepción que tiene el paciente de la calidad prestada influye en su satisfacción final. La satisfacción del paciente es un indicador fiable y medible de la calidad prestada por un servicio sanitario. Uno de los métodos disponibles para medirla es el uso de cuestionarios de satisfacción. Existen cuestionarios de satisfacción del paciente con la anestesia general validados en otros países. Entre los que poseen buenas propiedades psicométricas encontramos: EVAN, EVAN-G, el cuestionario de Capuzzo, el de Heidegger, el SOPPCAS referente a la anestesia en cirugía cardíaca y el ISAS sobre cuidados anestésicos monitorizados. Todos los cuestionarios mencionados están desarrollados y validados en culturas e idiomas diferentes al nuestro, por ello es necesario la traducción lingüística y la adaptación cultural si queremos aplicarlos a nuestro medio. Es imprescindible medir las propiedades psicométricas (validez y fiabilidad) del nuevo cuestionario obtenido, con el fin de confirmar que sigue conservando su calidad tras el proceso de validación.

Capítulo 2

Justificación del estudio

La percepción del paciente sobre la actuación médica es uno de los indicadores más fiables capaces de mostrarnos la realidad de nuestra praxis, pero para ello debemos contar con una herramienta de medición adecuada, fiable, válida y precisa, el fin último de este estudio. A esto se le suma la tendencia cada vez mayor de los profesionales médicos de aspirar a alcanzar la excelencia en nuestro trabajo, y este objetivo no solo se consigue con la eficacia y la eficiencia, sino también con el buen quehacer cotidiano.

No existe ningún cuestionario validado en castellano que evalúe la satisfacción de los pacientes con el proceso quirúrgico en sí. La satisfacción de los pacientes es uno de los indicadores con el que debemos contar para medir la CALIDAD de nuestro trabajo.

El EVAN-G Questionnaire se ha creado para medir la satisfacción del paciente con la anestesia general y cumple las propiedades psicométricas deseables en un cuestionario con calidad metodológica. Desarrollado en Francia (país vecino con el que compartimos la cultura europea), por lo que se hace indispensable la adaptación transcultural. Por todo ello puede considerarse el más útil para medir la satisfacción en nuestro país.

La pretensión de este trabajo es obtener el primer cuestionario en castellano adecuadamente validado y adaptado para medir la satisfacción del paciente con respecto a la anestesia general en nuestro país. La adaptación y validación del cuestionario EVAN-G al castellano nos dotará de una herramienta adecuada para medir la satisfacción de nuestros pacientes y localizar posibles puntos de mejora.

Capítulo 3

Hipótesis y objetivos

3.1. Hipótesis

Hasta ahora la medición de la satisfacción de los pacientes intervenidos bajo anestesia general se ha hecho con múltiples cuestionarios, validados o no, en los diferentes países. En España no existe ningún cuestionario que reúna todas las propiedades psicométricas exigidas para considerarse adecuado metodológicamente.

La hipótesis de trabajo es que el test obtenido de la traducción lingüística y la adaptación transcultural del EVAN-G (que en su versión original ya posee calidad metodológica) reúna las propiedades psicométricas adecuadas para poder ser aplicado en nuestro medio, obteniendo así un instrumento adecuado para medir la satisfacción de nuestros pacientes y con ello poder conocer la calidad del servicio que prestamos. Dicho instrumento se ha validado en una población y lengua diferente a la nuestra (desarrollado en Francia), no se ha encontrado en castellano ningún otro que cumpla los requisitos requeridos tan estrictamente. Además se centra en los pacientes que reciben anestesia general.

El proceso de obtención del nuevo cuestionario en español y su adaptación transcultural debe seguir las directrices ya marcadas por grupos de expertos en la materia [56]-[60]. Debemos ser rigurosos, ya que las propiedades psicométricas del test original pueden desaparecer. El proceso de validación debe incluir pruebas de validez y fiabilidad.

3.2. Objetivos

El objetivo principal es obtener un cuestionario válido para medir y cuantificar la satisfacción de los pacientes, intervenidos bajo anestesia general, con la atención prestada en el periodo perioperatorio.

3.2.1. Objetivos secundarios

- Traducir y adaptar al español el EVAN-G QUESTIONNAIRE mediante el proceso de traducción/retrotraducción, ampliamente aceptado.
- Aplicar el cuestionario traducido y adaptado a una muestra representativa de nuestra población.
- Medir las propiedades psicométricas de la versión final (validez, fiabilidad, aceptabilidad) y compararlas con las del cuestionario original, con el propósito de comprobar que sigue manteniendo la calidad metodológica.
- Calcular el Índice de Satisfacción de los pacientes incluidos.
- Analizar la relación entre la satisfacción de nuestros pacientes y las variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel de estudios y estado de convivencia), así como las variables relacionadas con el estado de salud y el proceso quirúrgico (ASA, premedicación, especialidad quirúrgica, tipo de anestesia, manejo de la vía aérea, tiempo quirúrgico y cirugías previas).

Capítulo 4

Material y métodos

4.1. Adaptación del cuestionario

Se expone a continuación el proceso de adaptación del cuestionario elegido a nuestra lengua (traducción lingüística) y a nuestra cultura (adaptación transcultural), iniciando un proceso de validación que culmine con la obtención de un instrumento que posea las propiedades psicométricas exigidas y que sea válido en nuestro medio.

El proceso de adaptación de un cuestionario puede ser largo y complejo, pero es la mejor opción si ya existe el instrumento adecuado en otro idioma. No es suficiente con la traducción literal, sino que es necesario adaptarlo a la cultura del país donde se va a aplicar.

Queda patente que la dificultad del proceso requiere la participación de varios especialistas, que en este caso son:

El clínico. Facultativo Especialista de Área en Anestesiología y Reanimación y autora de este trabajo, profesional que puede utilizarlo en su medio.

El traductor. Empresa contratada para realizar la traducción lingüística del instrumento a validar, para ello se elige una empresa independiente avalada por una amplia experiencia en traducción de documentos científico-médicos.

El estadístico. Especialista en psicometría, profesional capaz de analizar las propiedades psicométricas del cuestionario y validar la idoneidad de éste para medir nuestra variable objetivo.

Existen múltiples guías que revisan el proceso a seguir y hacen recomendaciones específicas [56], [58]. La traducción simple del cuestionario puede dar lugar a versiones erróneas debido a las diferencias culturales e idiomáticas, suele ser una elección rápida y arriesgada que conduce a resultados inadecuados [59]. La Comisión Internacional de Test (ITC), está formada por un grupo de expertos conscientes de la importancia de un correcto proceso de adaptación de los instrumentos de medida [60]. El español José Muñiz [61], que forma parte de un grupo de seis expertos internacionales, revisa dichas recomendaciones y nos propone una veintena de directrices para guiar la traducción y adaptación de los test de unas culturas a otras.

El proceso se apoya en dichas guías para ser precisos y exactos. Solo siendo exigentes se obtendrá el resultado esperado y se podrá recomendar justificadamente su uso en la práctica clínica.

Antes de proceder a la traducción lingüística del cuestionario debemos cumplir dos requisitos:

1. Obtener el consentimiento para su adaptación y validación por parte del autor, el profesor Pascal Auquier, perteneciente a la Facultad de Medicina de Marsella. La Declaración de Helsinki así lo recoge. Se adjunta su consentimiento expreso y las recomendaciones generales en los Anexos A y B.
2. Obtener la aprobación por el Comité Ético correspondiente. En este caso, el Comité de Ética de la Investigación del Centro Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Éste ha valorado este proyecto y ha emitido un informe favorable que se adjunta en el Anexo C.

4.1.1. Traducción lingüística

El proceso que se ha seguido es la traducción/retrotraducción al idioma original, ampliamente avalado y utilizado [56], [57], [58], [60]. Es el método considerado más completo y que garantiza una mayor calidad en el proceso de traducción [62].

En primer lugar se debe evaluar si el fenómeno que mide el cuestionario existe en la cultura a la que se adapta. Después se realizan dos traducciones de la versión original a la lengua de la población diana por traductores bilingües cuya lengua materna sea la de la población diana. Ambas traducciones son revisadas por revisores independientes. De la fusión de las dos traducciones se obtiene una única traducción que será retro-traducida al idioma original por otros dos traductores bilingües

independientes cuya lengua materna sea la del cuestionario original. Ésta versión se compara con la versión original para determinar si la traducción ha dado lugar a diferencias semánticas o conceptuales importantes. Si no ha sido así se obtiene un pretest, que debe ser completado por un grupo piloto (siguiendo las recomendaciones de las guías ya comentadas) para comprobar que es aplicable.

El objetivo es conseguir que el instrumento sea equivalente a nivel semántico (que cada ítem signifique lo mismo en ambos idiomas), conceptual (que la idea que queremos medir exista en ambas culturas), de contenido (que el tema de cada ítem sea relevante en ambas culturas), técnico (que el método de recogida de datos sea comparable) y de criterio (que la interpretación de la medida permanece igual) [58].

Traducción directa

Se han realizado dos traducciones directas de la versión original (francés) al español. Ambas traducciones se han elaborado de manera independiente por dos traductores nativos españoles y bilingües español-francés. Se expone a continuación brevemente la metodología que se ha utilizado:

- Identificación de términos relevantes para la creación de glosario.
- Traducción y creación de glosario.
- Revisión (por revisor temático diferente al traductor).
- Corrección (relectura final por corrector nativo diferente).
- Obtención de dos traducciones independientes en español.

Para las labores de traducción y revisión los profesionales han consultado las bases de datos terminológicos habituales, glosarios médicos, así como sitios web de hospitales y otro material relacionado. Dada la poca extensión del documento, los términos seleccionados para el glosario son escasos. Se incluyen únicamente los términos específicos del campo en cuestión (Tabla 4.1).

Se ha valorado el nivel de dificultad de traducción de cada una de las 26 preguntas del cuestionario con una escala del 0 (dificultad mínima) al 10 (máxima dificultad). Además, cada pregunta ha sido clasificada como *equivalente* (con traducción directa en español), *casi equivalentes* (que necesitan la inclusión de aspectos culturales) y *no equivalentes* (inadecuadas en el medio) (Tabla 4.2).

Francés	Español 1	Español 2	Español final
état de santé	estado de salud	estado de salud	estado de salud
opération	intervención	operación	operación
geste chirurgical	intervención quirúrgica	cirugía	cirugía
visites	visitas	visitas	visitas
chirurgien	cirujano	cirujano	cirujano
endoscopiste	endoscopista	endoscopista	endoscopista
consultations	consultas	consultas	consultas
bloc	quirófano	quirófano	quirófano
salle de réveil	sala de recuperación	sala de recuperación	sala de recuperación
service	planta	planta	planta
médecins	médicos	médicos	médicos
personnel soignant	enfermeros/as	personal sanitario	personal sanitario

Tabla 4.1. Glosario

Fusión de las traducciones y obtención de una versión final

Una vez ultimadas las dos versiones finales de la traducción, los dos traductores (uno de cada equipo) se han reunido para discutir las versiones y seleccionar las mejores opciones de traducción. La metodología que se ha utilizado en este caso es la siguiente:

1. Cada uno de los dos traductores ha recibido la versión final de su traducción, en la que aparecen marcados los cambios realizados por el revisor y el corrector.
2. Tras revisar las variaciones hechas a sus traducciones, cada traductor debe aceptar o rechazar los cambios propuestos por los revisores/correctores. En caso de rechazar algún cambio, éste ha de discutirse y solucionarse entre los dos traductores. Todos los cambios han de ser aceptados por los traductores.
3. Una vez aceptadas las versiones de traducción 1 y 2, cada uno de los traductores ha de leer y analizar la versión realizada por el otro traductor, a fin de identificar aquellas decisiones de traducción que mejoren las propuestas por él mismo. De esta manera, al final de esta fase, los traductores deben de haber recopilado una serie de decisiones de traducción.
4. Los traductores han de poner sobre la mesa aquellas decisiones de traducción encontradas en la versión del otro traductor a fin de discutir las y confirmar

pregunta	Equipo de traducción 1		Equipo de traducción 2	
	Grado de dificultad (0-10)	clasificación	Grado de dificultad (0-10)	clasificación
1	1	equivalente	1	equivalente
2	1	equivalente	1	equivalente
3	2	equivalente	2	equivalente
4	1	equivalente	1	equivalente
5	2	equivalente	2	equivalente
6	3	equivalente	2	equivalente
7	3	equivalente	3	equivalente
8	3	equivalente	2	equivalente
9	1	equivalente	2	equivalente
10	2	equivalente	3	equivalente
11	1	equivalente	1	equivalente
12	1	equivalente	1	equivalente
13	4	equivalente	2	equivalente
14	4	equivalente	2	equivalente
15	4	equivalente	2	equivalente
16	4	equivalente	1	equivalente
17	4	equivalente	3	equivalente
18	4	equivalente	2	equivalente
19	1	equivalente	1	equivalente
20	2	equivalente	3	equivalente
21	2	equivalente	3	equivalente
22	2	equivalente	2	equivalente
23	3	equivalente	2	equivalente
24	2	equivalente	2	equivalente
25	4	equivalente	2	equivalente
25	4	equivalente	2	equivalente

Tabla 4.2. Nivel de dificultad de la traducción de cada ítem

su uso. Por ejemplo: para personnel soignant ambos traductores han decidido que la mejor opción es personal sanitario, en lugar de la otra opción (enfermeros/as). En la siguiente tabla se sombrea en rojo las discrepancias terminoló-

gicas encontradas y la solución hallada. (Tabla 4.3).

Francés	Español 1	Español 2	Español final
état de santé	estado de salud	estado de salud	estado de salud
opération	intervención	operación	operación
geste chirurgical	intervención quirúrgica	cirugía	cirugía
visites	visitas	visitas	visitas
chirurgien	cirujano	cirujano	cirujano
endoscopiste	endoscopista	endoscopista	endoscopista
consultations	consultas	consultas	consultas
bloc	quirófano	quirófano	quirófano
salle de réveil	sala de recuperación	sala de recuperación	sala de recuperación
service	planta	planta	planta
médecins	médicos	médicos	médicos
personnel soignant	enfermeros/as	personal sanitario	personal sanitario

Tabla 4.3. Discrepancias terminológicas y solución hallada

Además de lo anterior, los traductores han de discutir con total libertad cualquier mejora y valorar las opciones para la versión definitiva. El resultado final es una traducción revisada, corregida y posteriormente cotejada y mejorada por los traductores iniciales. Se adjunta la versión fusionada 1 + 2 en el Anexo D.

Retrotraducción o traducción inversa

La versión definitiva en español ha sido traducida de nuevo al idioma original, un traductor nativo francés y bilingüe ha realizado una retro-traducción siguiendo el mismo proceso (creación de glosario, traducción, revisión y corrección). Se adjunta en el Anexo E la traducción inversa.

Comparación de la traducción resultante con la versión original

Otro traductor independiente nativo francés ha comparado esta retro-traducción con la versión original para detectar posibles diferencias o errores en el proceso. Se ha realizado un informe valorando dichas discrepancias que se detallan a continuación:

- **Interpretación.** Una diferencia grave en página 3, las opciones de respuesta no se corresponden con la pregunta. En la traducción inversa difieren, sin embargo

la versión original coincide con la versión final en español. Se opta por la versión original, que se considera más fácil de interpretar.

- **Terminología/léxico.** Una diferencia grave, confusión entre *attentionné* y *attentif*. Se prefiere *attentionné*, término original y que se considera el más adecuado. También entre *calme* y *rassuré*, también se escoge el segundo término usado en la versión original.
- **Estilo.** En tres ocasiones se opta por el término usado en la versión original ya que el empleado en la traducción inversa es demasiado literal, recarga la lectura o evidencia peor el sentido.
- No existen discrepancias en gramática, ortografía ni puntuación.

En cuanto a la evaluación general de la traducción inversa, la puntuación es de 8,8 sobre 10. Los traductores concluyen que el documento final refleja con corrección el contenido y la forma del documento original, con las obvias variaciones que se esperaban tras varias fases de traducción y revisión. En general el nuevo texto, con excepción de los errores señalados, mejora el documento original.

La versión pre-definitiva ha sido revisada por último por dos clínicos, uno de ellos bilingüe, conocedores del medio en el que se va a aplicar dicho cuestionario. Se han realizado nuevas modificaciones que se detallan a continuación:

- Cambios en los datos de contacto (en la versión original los datos que constan son los de su autor).
- Página 1: se sustituye «las visitas del cirujano o del endoscopista» por «las visitas del cirujano» ya que no se han incluido pacientes a los que se le realizan endoscopias, al practicarse éste proceso en nuestro centro de manera ambulatoria, fuera de quirófano y sin ingreso hospitalario, por lo que muchas de las preguntas están fuera de lugar.
- Página 3: ítem 7, se reformula sustituyendo «no me he sentido cómodo/a» por «me he sentido incómodo/a», mantiene el mismo sentido y es más fácil de interpretar. Se consulta con la empresa traductora que lo considera igualmente válido ya que no cambia su significado ni la puntuación en la escala de respuesta. Lo mismo ocurre en los ítems 10 y 14 en los que se mantiene la misma actitud.
- Página 6: ítems 20 y 21, hacen referencia a los tiempos de espera en las citas y durante las consultas con el anestesiólogo y el cirujano. Se han separado ambos

tiempos ya que en el centro donde se realiza el estudio pueden diferir mucho el uno del otro y no se puede diferenciar si la respuesta del paciente se refiere a uno, a otro o los dos.

- Página 7: ítem 23, se engloba de nuevo al anestesiólogo y al cirujano en el mismo grupo, se separaron obteniendo un nuevo ítem.
- Página 7: ítem 24, se incluye a los médicos y personal sanitario en el mismo bloque, se dividen en 2 ítems diferentes como los autores hacen en los ítems 25 y 26. Aporta más información acerca de la verdadera causa de insatisfacción de nuestros pacientes si realmente la hay.

Se obtuvo así la versión pre-definitiva, con 30 ítems.

4.1.2. Adaptación transcultural

Esta fase persigue la adaptación a la cultura propia. En la anterior fase se obtiene una versión semántica y conceptualmente equivalente a la versión original, pero ésta ha de pasar otra prueba: debe ser aplicada a un grupo de pacientes pertenecientes a la población de estudio.

Aplicación de la versión pre-definitiva en español a un grupo de pacientes

El cuestionario en su versión pre-definitiva se aplica a un grupo piloto de 20 pacientes que cumplen los criterios de inclusión, (se especifican más adelante) durante las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica bajo anestesia general, después de haber sido informados y aceptando voluntariamente su participación en el estudio (se recoge consentimiento firmado).

Esta fase es fundamental para comprobar su aceptabilidad y relevancia. Es necesario valorar la comprensión del cuestionario, si le han surgido dudas, si el formato es el apropiado, ver si el vocabulario es adecuado, así como evaluar si es acorde con nuestra cultura. También se recogen los datos demográficos así como la hora de inicio y finalización del cuestionario.

Obtención de la versión final (VF)

Tras probar la versión pre-definitiva del cuestionario en los 20 pacientes se analizaron las respuestas. Todos los ítems han sido respondidos por más del 75 % de los encuestados, por lo que no se eliminó ninguna pregunta [39]. De hecho el 94 % de los

pacientes respondieron el 80 % de los ítems o más. Se comprueba que los 30 ítems son equivalentes tanto semántica como conceptualmente. Se consigue así la VERSIÓN DEFINITIVA del test que se aplicó en nuestro estudio. El paciente debe completar dos partes:

- 1ª parte: consta de los datos socio-demográficos (edad, sexo, nivel de estudios, estado de convivencia y lugar de residencia) Anexo F.
- 2ª parte: corresponde al cuestionario de satisfacción EVAN-G en español, con un total de 30 ítems. La escala usada es tipo Likert del 1 al 5 en función de su grado de acuerdo o desacuerdo. En la primera página se describen las instrucciones para contestar adecuadamente dicho cuestionario. En el Anexo H se adjunta la versión final traducida y en el G la versión original de la que procede.
- También se adjuntan tres cuestionarios más: McGill Pain Questionnaire (MGPQ) [63], el EVA (Anexo I) y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [64] (Anexo J). Se consideran necesarios para el estudio de la validez externa de determinadas dimensiones como se muestra más adelante.

4.2. Aplicación del cuestionario

El siguiente paso es la aplicación del cuestionario a una muestra representativa de la población de referencia a estudio, posteriormente se lleva a cabo la recogida de datos y se realiza una base de datos para facilitar su manejo. Por último se procede al análisis estadístico, para obtener datos sobre la calidad del cuestionario adaptado y se establece una comparativa con el original.

4.2.1. Selección de la muestra representativa

Según la literatura científica se aconseja que al menos se cuente con 5 participantes por cada variable o ítem. Distintos estudios ponen de manifiesto que, considerando el número de ítems que normalmente es utilizado en los artículos instrumentales, con 300 participantes se obtienen soluciones fiables [65]. Como regla general serán necesarios entre 5-10 pacientes por ítem o un total de 300 pacientes [66].

La versión final se aplica a 300 pacientes (10 pacientes por ítem) que fueron incluidos de manera consecutiva previo consentimiento informado firmado.

La inclusión de los pacientes se realizó desde Noviembre de 2015 a Diciembre de 2016. Se reclutaron 30 pacientes de media al mes. El muestreo es de tipo no probabilístico y consecutivo hasta completar el tamaño muestral.

Criterios de inclusión. Pacientes mayores de 18 años, ASA I-IV, sometidos a una intervención quirúrgica programada bajo anestesia general (no se incluye Cirugía Obstétrica, Anestesia Regional ni Monitorización Anestésica Vigilada) capaces de leer y entender un cuestionario en castellano. El estudio se realiza en un hospital de tercer nivel, el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, España. Las especialidades quirúrgicas recogidas son las desarrolladas en el Hospital General (Cirugía General, Urología, Otorrinolaringología (ORL), Cirugía Torácica y Oftalmología).

Criterios de exclusión. Se descartan aquellos pacientes que no entienden el castellano, los que presentan trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias conocido o condición médica de gravedad que impida la comprensión y realización del cuestionario en las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica.

4.2.2. Recogida de datos

El cuestionario de satisfacción se contesta en las 48 horas siguientes a la intervención quirúrgica, el investigador principal le proporciona al paciente el material a cumplimentar y le explica las instrucciones a seguir. El paciente debe completar el cuestionario sin ayuda de los investigadores para evitar que las respuestas estén condicionadas.

El cuestionario está pensado para su cumplimentación en unos 10 -15 minutos, es fácil de leer y comprender. Aun así el investigador principal ha de resolver las dudas que les puedan surgir a los pacientes.

Se recoge el cuestionario antes del alta domiciliaria. También se obtienen los datos demográficos como la edad, el sexo, los estudios realizados, el estado de convivencia y el lugar de residencia; y datos relacionados con el estado de salud y el proceso quirúrgico como la clasificación que utiliza la ASA (muy conocida y ampliamente usada, realizada durante el estudio preanestésico por el anestesiólogo responsable), la premedicación, el tipo de cirugía, el de anestesia, el manejo de la vía aérea, el tiempo quirúrgico y el número de cirugías previas. A cada sujeto se le asigna un número con el fin de garantizar el anonimato. Para ello, el número de historia clínica del paciente se asocia a ese número de referencia.

En la Hoja de Información al paciente se explica que la participación es de carácter voluntario, así se le hace saber al paciente de manera verbal. Además se expone la necesidad de dar el Consentimiento Informado expreso por escrito. Anexo K. También se comunica que el no hacerlo no va a suponer ningún detrimento en la calidad de la atención dispensada en el resto del proceso asistencial. Este documento se da por duplicado, ya que el paciente debe quedarse con una copia. El cuestionario no se les entrega a aquellos pacientes que rehúsan participar.

4.3. Análisis de las propiedades psicométricas

Los datos se introducen en una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 20.0. Esto facilita el análisis y la obtención de resultados. Se realiza un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas, del estado de salud y de las características del proceso quirúrgico para continuar con el análisis de las propiedades psicométricas del test: validez, fiabilidad y aceptabilidad. Se excluyen aquellos pacientes que no han cumplimentado al menos el 75 % del cuestionario [39] y se invierte la puntuación de los ítems que no están codificados en la misma dirección (ítems del 20 al 23).

El test debe ser capaz de poner de manifiesto las diferencias existentes entre los individuos. El objetivo es conseguir un grupo de ítems que maximice la varianza del test, seleccionando para ello a aquellos con un elevado poder de discriminación, alta desviación típica, y con puntuaciones medias de respuesta situadas en torno al punto medio de la escala. Son considerados ítems adecuados aquellos con una desviación típica superior a 1 y con una media situada alrededor del punto medio de la escala (simetría próxima a 0). No obstante, la decisión de eliminar o conservar un ítem debe estar basada en una valoración conjunta de todos los índices estadísticos, junto con una consideración de los aspectos conceptuales que motivaron la creación de éste [66].

Las propiedades psicométricas fundamentales que se han estudiado son la validez, la fiabilidad y la aceptabilidad. A continuación se exponen los métodos empleados para comprobar su calidad.

4.3.1. Validez

Es la capacidad del cuestionario de medir aquello para lo que ha sido diseñado [68]. Puede valorarse para todas o solo para alguna de sus dimensiones. En este estudio se han evaluado:

Validez de contenido. Evalúa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir [57]. Para comprobar la validez de contenido se les realiza a los pacientes una pregunta abierta al final del cuestionario, sobre si bajo su punto de vista hay algún tema que consideren importante y que no se mencione en el test. Éste método es el usado en el cuestionario original [39] y en otros cuestionarios con calidad metodológica comprobada [8], [51].

Validez de criterio. Establece la validez del instrumento comparándola con algún criterio externo o prueba de referencia (gold estándar) [69]. Siempre que exista una prueba de referencia se deben confrontar. En este caso no se define ningún gold estándar para la medición de la satisfacción en el periodo perioperatorio, por lo que no disponemos de los medios para comparar si este cuestionario sirve para este fin atendiéndonos a este tipo de validez.

Validez de constructo. Es el grado en que las mediciones que resultan de las respuestas del cuestionario pueden considerarse una medición del fenómeno estudiado [69]. Existen varios métodos y deben emplearse si no podemos comparar nuestro instrumento con uno de referencia. Aquí se engloba la validez convergente y la validez divergente o discriminante.

La validez convergente prueba que los constructos que se espera que estén relacionados, realmente lo están. Para ello, estudia la correlación entre el ítem y su correspondiente dimensión, se recomienda una correlación de al menos 0,3. Si un constructo está configurado por distintas dimensiones o componentes, los cálculos de discriminación tienen que hacerse por dimensiones, y no considerando el total de la escala. La idea es que cada componente del constructo debe ser una categoría homogénea de contenido y “aislada” en la medida de lo posible del resto de componentes, ya que de lo contrario no puede sostenerse su separación como categorías distintas de un mismo constructo [67].

La validez divergente prueba que los constructos que no deben tener ninguna relación, de hecho, no la tienen. Para eso, estudia la relación entre cada ítem y otras dimensiones, su valor debe ser menor de 0,3.

Para ello se realiza el análisis factorial de los componentes principales con el test de rotación ortogonal Varimax [70]-[72].

Validez externa. Se mide investigando la relación entre las dimensiones del EVAN-G y otros instrumentos validados que miden alguna de sus dimensiones, como

el MGPQ (dolor), el STAI (ansiedad) o la escala EVA (dolor). En el cuestionario de dolor MGPQ, la puntuación oscila entre 0 y 71, a mayor puntuación más dolor. En el STAI, la puntuación oscila entre 0 y 120, a mayor puntuación mayor estado de ansiedad. La escala EVA tiene un rango de puntuaciones del 0 al 10, se divide la intensidad del dolor en leve, si la puntuación es ≤ 3 , moderado si está entre 3 y 6, e intenso si es ≥ 6 . La validez externa de un test es analizada fundamentalmente a través del coeficiente de correlación de Pearson entre éste y otras medidas.

4.3.2. Fiabilidad

Es la capacidad que tiene un instrumento de medir sin cometer errores, determinar una misma variable de manera constante. La fiabilidad mide la proporción de variación en las mediciones que es debida a la diversidad de valores que adopta la variable y no es producto del error sistemático o aleatorio; es decir, la fiabilidad mide la proporción de la variancia total atribuible a diferencias verdaderas entre los sujetos [73]. Un instrumento fiable es preciso, es decir, proporciona mediciones libres de error. La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0 (ausencia de correlación) a 1 (correlación perfecta). Se considera aceptable cuando se sitúa por encima de 0,7. La fiabilidad se puede estimar por diferentes medios dependiendo de la naturaleza del instrumento: consistencia interna, fiabilidad test-retest y fiabilidad inter-observador.

Consistencia interna. Es el grado de interrelación y coherencia de los ítems. Para eso, se evalúa si los ítems que miden un mismo constructo presentan homogeneidad entre ellos [62]. Se realiza calculando el coeficiente alfa de Cronbach, que permite cuantificar el nivel de fiabilidad de una escala si cumple dos requisitos: debe estar formada por un conjunto de ítems, cuyas puntuaciones se suman para calcular una puntuación global, y todas las puntuaciones de los ítems deben medir en la misma dirección [58]. Cuando el instrumento está compuesto por un grupo de subescalas o dimensiones debe calcularse este coeficiente para los ítems respecto de la puntuación global (correlación ítem-total) y para los ítems de cada subescala respecto del valor de la misma (correlación ítem-subescala). Puede ocurrir que la eliminación de un ítem de lugar al aumento de la consistencia de una dimensión y que se tienda a eliminar dicha variable para aumentar la consistencia interna, lo cual no es aconsejable [67]. Se puede caer entonces en la paradoja de la atenuación [74] que pone de manifiesto que aumentar la consistencia interna más allá de cierto punto va a tener un efecto sobre la disminución de la validez de constructo. Dado que el valor de consistencia interna depende de la intercorrelación entre los ítems, una forma de aumentar ésta es haciendo que los ítems estén estrechamente inter-correlacionados. Sin embargo,

los ítems altamente inter-correlacionados son ítems que están referidos a un mismo aspecto, por lo tanto redundantes y sin la capacidad para representar los elementos variados de un constructo [60].

Fiabilidad test-retest. Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones con los mismos sujetos. Este método tiene la desventaja de que las puntuaciones pueden verse afectadas por el recuerdo, la práctica, etc. El cuestionario fue realizado en una segunda ocasión por 20 pacientes antes de que se fueran de alta y se compararon las respuestas con las dadas la primera vez. En este estudio se ha realizado el coeficiente de correlación intraclase (CCI) [57] por ser el método utilizado en el EVAN-G original.

4.3.3. Aceptabilidad

Hace referencia a aspectos como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario, la sencillez, la brevedad, la facilidad de corrección, codificación e interpretación de resultados. Se debe recoger por lo tanto el tiempo que emplean los pacientes en rellenar el cuestionario y el porcentaje de preguntas no contestadas.

4.4. Cálculo del Índice de Satisfacción Global (ISG)

El cálculo del ISG consiste en la puntuación media obtenida de las medias de cada dimensión. Es decir, en primer lugar se calculó la media obtenida en cada dimensión y por último, la media de dichas puntuaciones. En este caso el valor se encontrará entre 0 y 100, siendo 0 el peor nivel de satisfacción y 100 el mejor.

Se elaboran rangos de distribución de la satisfacción. Se asignan cinco rangos diferentes a los cinco niveles de respuesta que posee la escala Likert. Se realizan cinco grupos poniendo los puntos de corte en 20, 40, 60 y 80 . Se obtiene un primer grupo de *nada satisfecho*, el segundo de *poco satisfecho*, el tercero de *justo que esperaba*, el cuarto de *satisfecho* y un quinto de *muy satisfechos*. Para ello, se calcula la proporción de pacientes cuya puntuación se encuentra dentro de cada rango.

4.5. Análisis de la relación entre satisfacción y otras variables

Se analiza la relación existente entre el ISG y factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el lugar de residencia y el estado de convivencia. Además de la relación de éste con la clasificación de la ASA, la premedicación preoperatoria, el tipo de cirugía y de anestesia, el manejo de la vía aérea, el tiempo quirúrgico o el número de cirugías previas. Para ello se realiza el test de la t de Student y el análisis de la varianza si las muestras son normales, el test de la U de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis si no lo son, y el coeficiente de correlación de Pearson para estudiar la relación entre diferentes variables. El cuestionario EVAN-G ya se ha empleado en diferentes estudios para valorar la satisfacción del paciente en el perioperatorio teniendo en cuenta factores como la premedicación [75] o el calentamiento térmico de los pacientes previo a la intervención quirúrgica [76].

Capítulo 5

Resultados

5.1. Variables socio-demográficas

La muestra recogida es de 300 pacientes (10 por cada ítem). De los 300 pacientes reclutados, 2 de ellos (0,7 %) respondieron a menos del 75 % de las cuestiones, por lo que fueron excluidos del análisis. Por lo tanto los pacientes incluidos en el análisis y validación fueron 298, la tasa de respuesta es del 99,3 %.

La edad media de la muestra es de $58,6 \pm 14,2$ años, englobando un rango de edades comprendido entre los 19 y los 88 años (Gráfico 5.1). La edad media de los hombres es de $70 \pm 13,4$ años y el rango de edades oscila entre los 22 y 85. Las mujeres tienen una edad media de $55,7 \pm 14,6$ años con un rango de edades que va desde los 19 a los 88. El 55,4 % (165) de la muestra corresponde a hombres y el 44,6 % restante (133) a mujeres (Gráfico 5.2).

En cuanto al nivel de estudios, el grupo mayoritario ha cursado estudios primarios, con un 37,6 % (112). El 17,8 % (53) no tiene ningún estudio, el mismo porcentaje posee estudios universitarios, un 13,8 % (41) han realizado Formación Profesional y el 11,7 % (35) el Bachillerato (Gráfico 5.3).

La mayoría de los pacientes encuestados (199) viven en el medio urbano (66,7 %) (Gráfico 5.4).

En cuanto al estado de convivencia, el 72,1 % de los pacientes entrevistados están casados (215), muy por detrás el grupo de pacientes solteros conforman el 11,3 %

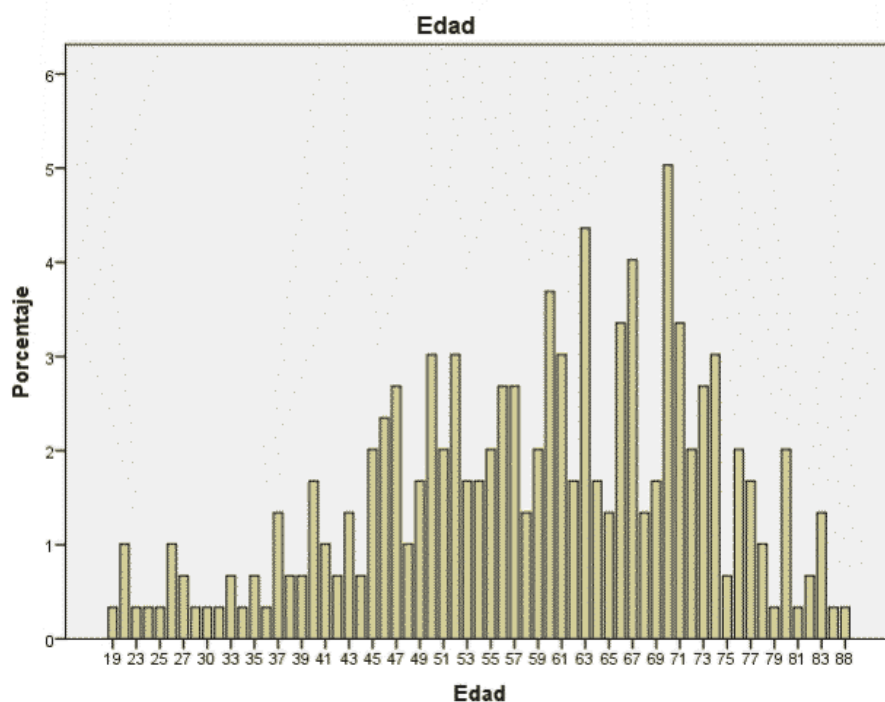


Gráfico 5.1. Edades

(33), las personas viudas el 8,3 % (25), los divorciados el 6 % (18). Sólo el 2,3 % (6) vive en pareja y el 0,3 % (1) con algún familiar (Gráfico 5.5).

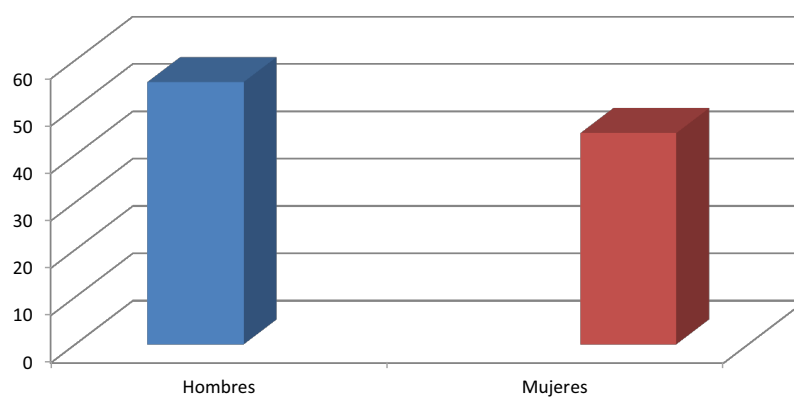


Gráfico 5.2. Sexo

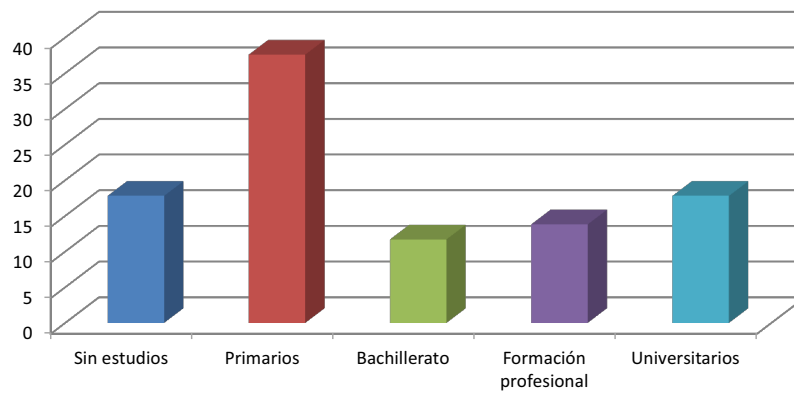


Gráfico 5.3. Nivel de estudios

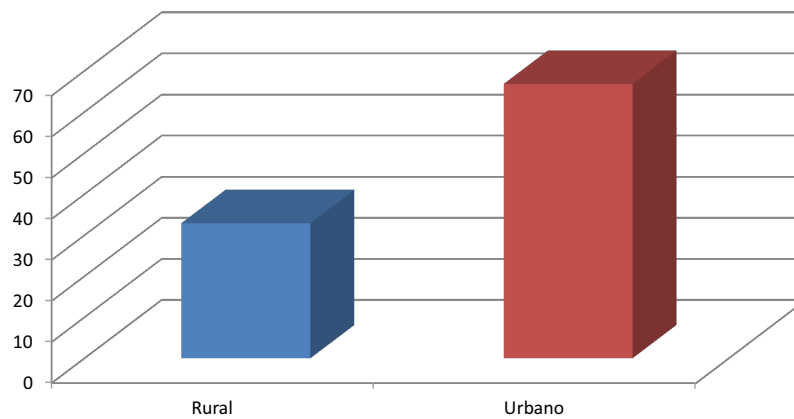


Gráfico 5.4. Lugar de residencia

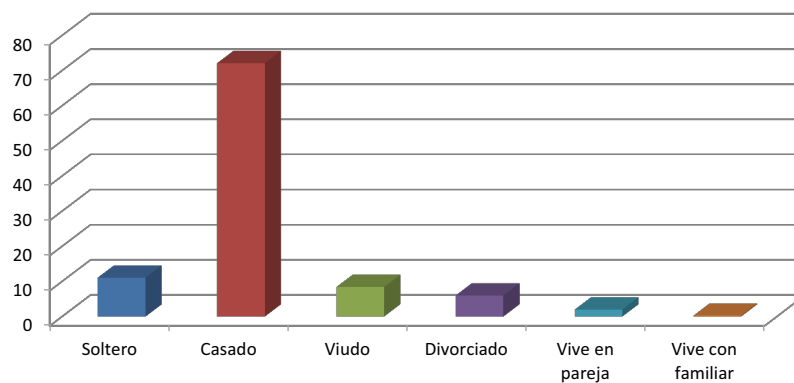


Gráfico 5.5. Estado de convivencia

Si se analizan las características relacionadas con el estado de salud y con el proceso quirúrgico se obtienen los siguientes resultados:

El estado físico de los pacientes previo a la cirugía, clasificado según el sistema de clasificación ASA, es de I en 28 pacientes (9,4 %), II en 179 pacientes (60 %), III en 87 pacientes (29,2 %) y IV en 4 pacientes suponiendo el 1,3 % (Gráfico 5.6).

El 96,6 % de los pacientes (288) se premedicaron antes de la cirugía, solo 9 pacientes (3 %) no la reciben. Se incluyen pacientes de diferentes especialidades, Cirugía General (56,4 %), Otorrinolaringología (15,8 %), Cirugía Torácica (14,4 %), Urología (13,1 %) y Oftalmología (0,3 %) (Gráfico 5.7).

En 228 pacientes (76,5 %) se utiliza una anestesia general balanceada, en 65 pacientes (21,8 %) se administra una anestesia general combinada (complementando la anestesia general con una técnica locorregional analgésica) y en 5 pacientes (1,7 %) se realiza anestesia general total intravenosa (TIVA) (Gráfico 5.8).

El 91,9 % de los pacientes (274) se intubaron, el 8,1 % restante (24) se maneja con un dispositivo supraglótico, una mascarilla laríngea (Gráfico 5.9).

El tiempo quirúrgico medio es de $145 \pm 82,95$ minutos, el intervalo de tiempo oscila entre 13 y 428 minutos. El 50 % de las intervenciones quirúrgicas duran 120 minutos o menos. La media de cirugías previas es de $1,62 \pm 1,88$.

Además del cuestionario EVAN-G traducido, otras escalas también se contestaron. La puntuación media del MGPQ (dolor) es de $10,96 \pm 11,22$ con un rango de puntuaciones entre 0 y 47, el STAI (ansiedad) obtiene una puntuación media de $36,18 \pm 18,12$ (rango 0-93) y la escala EVA de $3,77 \pm 2,9$.

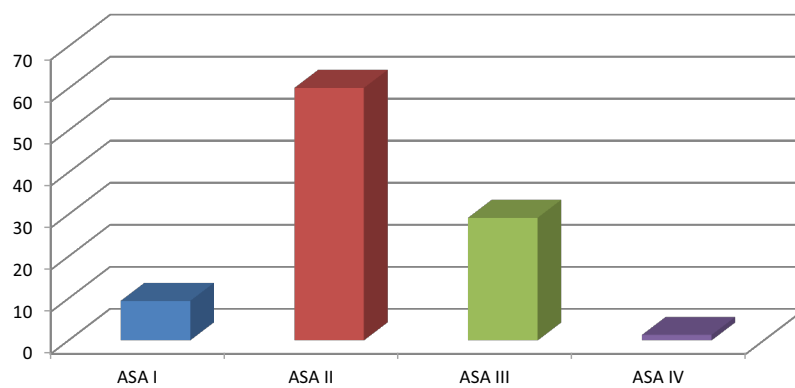


Gráfico 5.6. Estado de salud

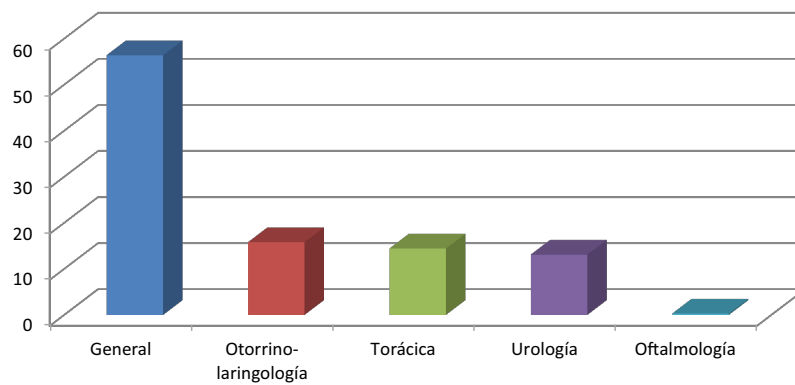


Gráfico 5.7. Tipo de cirugía

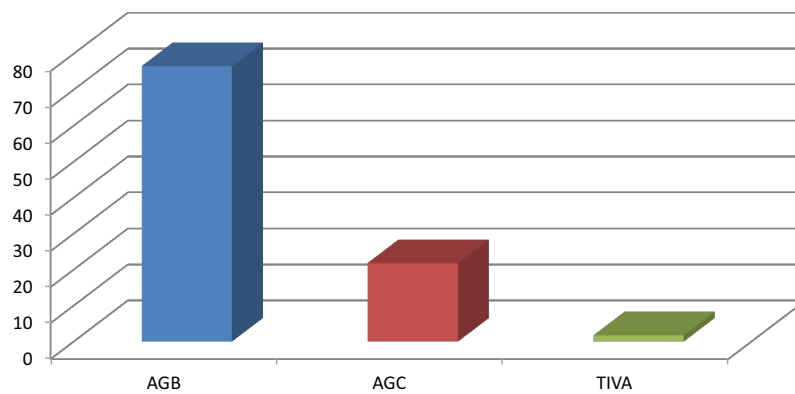


Gráfico 5.8. Tipo de anestesia

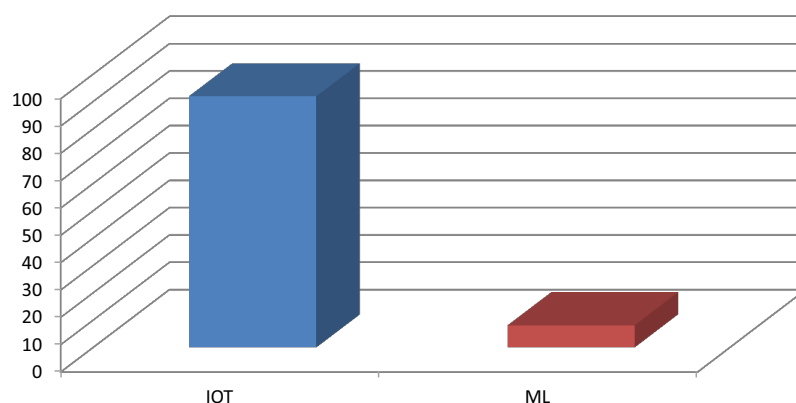


Gráfico 5.9. Manejo de la vía aérea

5.2. Análisis de los ítems

Se excluyen del análisis los pacientes que no contestan, como mínimo, al 75 % de los ítems. En aquellos pacientes en los que existen ítems no contestados, se realiza la media de la puntuación de los ítems contestados para esa dimensión y se rellena el dato faltante con éste otro [39]. La media de los ítems respondidos es el valor más lógico a usar cuando una escala mide un mismo constructo.

Se analiza la tasa de no respuesta de cada uno de los ítems. El ítem con mayor tasa de no respuesta es el 15 «he tenido dificultades en los quehaceres diarios» con un 7,7 %, seguido del 17 «tras mi vuelta a planta ha remitido el dolor que sufría» con el 7,1 % y del 26 «a mi llegada a quirófano el cirujano se ha mostrado atento» con el 6,4 % (Gráfico 5.10).

A continuación se expone un análisis descriptivo de los 30 ítems que conforman el test EVAN-G traducido, los valores correspondientes a media y desviación típica se obtienen tras completar los datos ausentes, con el método anteriormente explicado. Las puntuaciones de los ítems con escala negativa (20, 21, 22, 23) han sido invertidos para que todos tengan el mismo sentido, cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de satisfacción. Pretendemos así, facilitar la interpretación de los resultados y poder realizar la comprobación de las propiedades psicométricas.

Para poder comparar el cuestionario obtenido con el cuestionario original, la escala debe transformarse y en lugar de ser de 1 a 5 se extrapola de 0 a 100, siendo 100

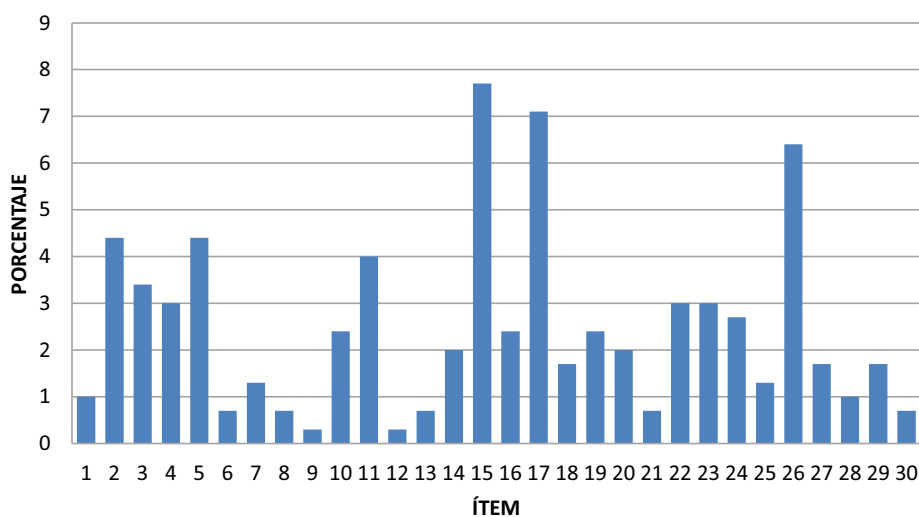


Gráfico 5.10. Tasa de no-respuesta

el máximo nivel de satisfacción y 0 el menor. Las medias y desviaciones estándar de estos datos se encuentran en la última columna (Tabla 5.1).

El ítem con mayor puntuación es el 25 con una media de 80,87 ($\pm 18,8$) «a mi llegada a quirófano el anestesista se ha mostrado atento» y el que menor puntuación obtiene es el 17 con una media de 63,83 ($\pm 22,28$) «tras mi vuelta a planta ha remitido el dolor que sufría». Todas las puntuaciones son superiores a 60, es decir, están por encima de la media aritmética, que es 50.

Los ítems que muestran menor puntuación son: 1, 4, 12, 16, 17, 20, 21, 22, 23, con puntuaciones entre 63,83 y 69,87. Los que obtienen puntuaciones más altas son: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, con puntuaciones por encima de 70 (con un intervalo de 71,68 a 80,87). En el gráfico 5.11 se reflejan las puntuaciones medias de todos los ítems.

Las puntuaciones medias de las dimensiones fueron las siguientes: Atención ($78,82 \pm 19,83$), privacidad ($72,34 \pm 19,57$), información ($70,85 \pm 22,54$), dolor ($71,24 \pm 24,13$), incomodidad ($76,83 \pm 24,24$) y tiempos de espera ($64,40 \pm 25,45$).

ítem	valores perdidos (%)	media escala Likert \pm DS	media escala 0-100 \pm DS
1	1	3,32 \pm 1,11	66,31 \pm 22,27
2	4,4	3,58 \pm 1,10	71,68 \pm 21,91
3	3,4	3,69 \pm 1,15	73,83 \pm 22,97
4	3	3,46 \pm 1,17	69,13 \pm 23,38
5	4,4	3,66 \pm 1,11	73,29 \pm 22,16
6	0,7	3,68 \pm 0,92	73,69 \pm 18,36
7	1,3	3,82 \pm 1,21	76,44 \pm 24,11
8	0,7	3,73 \pm 0,94	74,70 \pm 18,72
9	0,3	3,92 \pm 1,26	78,32 \pm 25,18
10	2,4	4,03 \pm 1,12	80,54 \pm 22,38
11	4	3,62 \pm 1,31	72,35 \pm 26,12
12	0,3	3,49 \pm 1,09	69,87 \pm 21,73
13	0,7	3,66 \pm 1,29	73,22 \pm 25,81
14	2	3,78 \pm 1,18	75,64 \pm 23,41
15	7,7	3,83 \pm 1,21	76,51 \pm 24,20
16	2,4	3,30 \pm 1,24	66,24 \pm 24,45
17	7,1	3,19 \pm 1,15	63,83 \pm 22,98
18	1,7	3,62 \pm 0,94	72,42 \pm 18,86
19	2,4	3,85 \pm 0,95	77,05 \pm 18,91
20	2	3,21 \pm 1,25	64,23 \pm 24,94
21	0,7	3,23 \pm 1,29	64,63 \pm 25,87
22	3	3,21 \pm 1,25	64,23 \pm 24,99
23	3	3,22 \pm 1,30	64,50 \pm 26,00
24	2,7	3,88 \pm 1,00	77,65 \pm 20,00
25	1,3	4,04 \pm 0,94	80,87 \pm 18,80
26	6,4	3,91 \pm 1,01	78,26 \pm 20,16
27	1,7	3,93 \pm 1,00	78,52 \pm 20,05
28	1	3,97 \pm 1,01	79,40 \pm 20,13
29	1,7	3,85 \pm 1,04	76,98 \pm 20,77
30	0,7	4,00 \pm 0,95	80,07 \pm 18,98

Tabla 5.1. Análisis descriptivo de los 30 ítems

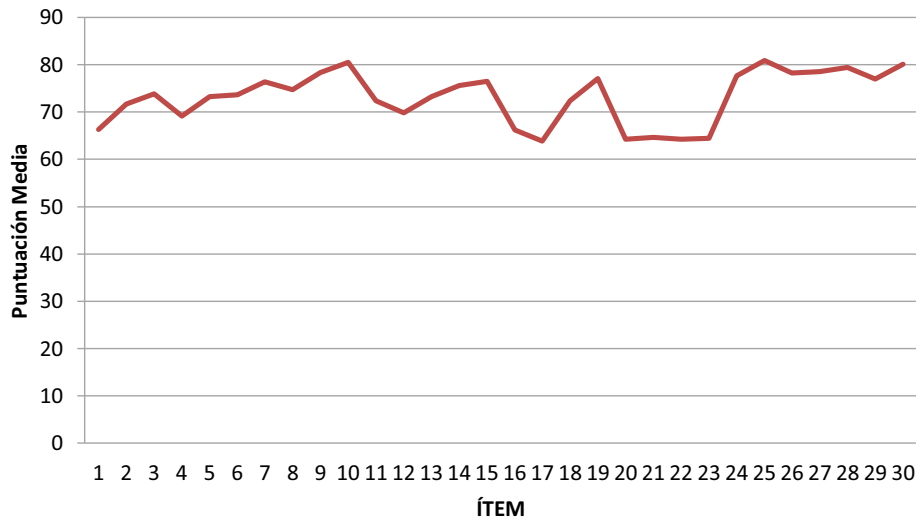


Gráfico 5.11. Medias de los 30 ítems

5.3. Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario

Antes de comenzar con el análisis de las propiedades psicométricas del test traducido es necesario recordar la estructura y composición de dicho cuestionario, así como las dimensiones que lo componen, ya que el análisis realizado por el autor del cuestionario original se desarrolla describiendo las dimensiones y no los ítems de manera individual.

El cuestionario original se compone de 26 ítems, englobados éstos en 6 dimensiones, la atención, la privacidad, la información, el dolor, la incomodidad y los tiempos de espera. El EVAN-G traducido posee 30 ítems y las mismas dimensiones, por lo que los 4 ítems añadidos han sido recogidos en su dimensión correspondiente. A continuación se detalla la equivalencia de los ítems en ambos cuestionarios (Tabla 5.2).

dimensiones	EVAN-G original	EVAN-G traducido
atención	6, 10, 15, 21, 22	24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
privacidad	7, 9, 23, 24	6, 8, 18, 19
información	1, 2, 3, 4, 5	1, 2, 3, 4, 5
dolor	13, 14, 18, 19, 20	11, 12, 15, 16, 17
incomodidad	8, 11, 12, 15, 16	7, 9, 10, 13, 14
espera	25, 26	20, 21, 22, 23

Tabla 5.2. Ítems y dimensiones en la versión original y traducida

5.3.1. Validez

Validez de contenido

Se evalúa realizando una pregunta abierta al final del cuestionario sobre si los pacientes consideran que algún punto importante no ha sido mencionado en el test. De los 298 pacientes solo 65 contestaron la pregunta abierta, la mayoría para hacer algún comentario de agradecimiento al personal que les ha atendido (34 %) o para realizar alguna queja personal de los tiempos de espera, de las habitaciones, de la escasez de recursos, etc. (58 %). Solo 5 pacientes (8 %) realizan alguna observación sobre el cuestionario, 2 de ellos piensan que es largo, 1 que es repetitivo y 2 echan en falta preguntas sobre la disponibilidad de recursos materiales y humanos.

Validez de constructo

Se ha calculado la validez convergente y la divergente o discriminante. A continuación se expone al análisis de los componentes principales con el test de Rotación VARIMAX de los 30 ítems que conforman el cuestionario. Se agrupan en las 6 dimensiones ya descritas anteriormente, ya que el 68 % de los datos es explicado por esas 6 dimensiones. Para mayor claridad se han suprimido los valores menores de 0,3 que no se consideran aceptables (Tabla 5.3).

Ítem	Componente					
	atención	información	espera	incomodidad	privacidad	dolor
26	,84					
28	,82					
25	,82					
27	,82					
24	,79					
30	,77					
29	,77					
3		,82				
2		,82				
5		,77				
4		,77				
1		,76				
7		,35		,31		
22			,95			
23			,94			
20			,92			
21			,91			
9				,83		
10				,78		
13				,64		
14				,55		
18					,77	
8					,73	
6					,68	
19					,55	
12				,37	,38	
16						,75
17						,66
15						,65
11						,45
varianza explicada (%) (total=68 %)	31,31	11,50	9,23	8,03	4,38	3,46

Tabla 5.3. Análisis de los componentes principales (rotación VARIMAX) de los 30 ítems

La correlación entre cada ítem y su dimensión (consistencia interna del ítem) oscila en un rango de 0,31 a 0,95. Todos los valores se hallan por encima de 0,3. La correlación entre un ítem y otra dimensión diferente a la suya (validez discriminante o divergente) es desde 0,00 hasta 0,55. Se detalla a continuación el análisis de los ítems 7 y 12 que han presentado un comportamiento peculiar.

Ítem 7. Pertenece a la dimensión *incomodidad*, (*al llegar a quirófano me he sentido incómodo/a: frío, calor, mala postura en la mesa*). Sin embargo, se correlaciona casi en la misma proporción con *información*. Se refiere al confort experimentado por el paciente, que puede estar relacionado también con la información que recibe éste a su llegada a quirófano, medio desconocido para él en el que puede sentirse incómodo y extraño.

Ítem 12. Pertenece a la dimensión *dolor*, (*en la sala de recuperación he tenido un despertar agradable*). En el análisis factorial se correlaciona con *incomodidad* y *privacidad*. No se correlaciona con su propia dimensión. Se debe someter este ítem a un análisis para comprender por qué presenta un mal comportamiento. En primer lugar, se debe considerar que la traducción al español no haya sido adecuada, sin embargo dado que el proceso de traducción y retrotraducción se ha hecho correctamente y se ha minimizado esta posibilidad, consideramos que no reside aquí el problema. Otra posibilidad a tener en cuenta es que la interpretación de la pregunta por parte de la población sea difícil, (hace referencia a las sensaciones que experimenta el paciente al despertar, puede ser un poco ambiguo y no preguntar concretamente por el dolor padecido). Tampoco parece probable, dado que la tasa de no respuesta es muy baja (0,3 %) y los pacientes no han señalado esta pregunta como problemática, además no existen diferencias significativas en función del nivel de estudios. En tercer lugar se puede pensar que no exista equivalencia conceptual entre ambas versiones, pero el concepto existe en ambas culturas, si bien es cierto que las expectativas podrían ser diferentes.

La validez de constructo es bastante alta y similar al EVAN-G original, como se muestra en la comparación de los resultados en la Tabla 5.4. Tanto el índice de correlación de cada ítem con su dimensión (índice de correlación inter-ítem o validez convergente) como de cada ítem con las demás dimensiones (validez divergente o discriminante) es prácticamente igual en ambos cuestionarios y se encuentran en los rangos aceptados metodológicamente.

	EVAN-G original	EVAN-G traducido
CII	0,55-0,92	0,55-0,95
VDI	0,02-0,53	0,00-0,55

CII: correlación inter-ítem (correlación del ítem con su dimensión)

VDI: validez discriminante del ítem (correlación de cada ítem con las demás dimensiones)

Tabla 5.4. Comparación de la validez de constructo

Validez externa

Estudia la correlación entre las diferentes dimensiones del cuestionario EVAN-G traducido y las puntuaciones obtenidas en otros cuestionarios como el MGPQ y el EVA que miden el dolor o el STAI que mide el nivel de ansiedad. Se ha calculado el coeficiente de correlación de Pearson.

En este estudio, los niveles de correlación hallados entre el MGPQ y la dimensión de dolor son altos ($r = -0,33$; $P < 0,01$) al igual que entre el MGPQ y la escala EVA ($r = 0,44$; $P < 0,01$). También son altos los hallados entre el STAI y las dimensiones de dolor ($r = -0,46$; $P < 0,01$) e incomodidad ($r = -0,40$; $P < 0,01$), así como entre el STAI y el ISG ($r = -0,39$; $P < 0,01$). La escala EVA se correlaciona principalmente con la dimensión de dolor ($r = -0,49$; $P < 0,01$), y con el MGPQ ($r = 0,44$; $P < 0,01$). Con menor fuerza con el STAI ($r = 0,34$; $P < 0,01$) y con el ISG ($r = -0,31$; $P < 0,01$).

En la comparación de la validez externa de ambos cuestionarios (el original y el EVAN-traducido) se expone el coeficiente de correlación de Pearson con respecto a la puntuación obtenida en el MGPQ y STAI (Tabla 5.5). En el cuestionario original se encontraron altos niveles de correlación entre el MGPQ y la dimensión *dolor* ($r = -0,52$; $P < 0,01$), e *incomodidad* ($r = -0,36$; $P < 0,01$). En el cuestionario traducido ocurre lo mismo, existe correlación entre el MGPQ y la dimensión de *dolor* ($r = -0,33$; $P < 0,01$) e *incomodidad* ($r = -0,19$; $P < 0,01$), aunque en la segunda de menor intensidad. La correlación hallada con el STAI fue nula en la versión original, solo la dimensión *atención* obtuvo una baja correlación ($r = 0,11$; $P < 0,01$). En el cuestionario traducido, sin embargo, sí se evidencia una alta correlación entre la puntuación obtenida en el STAI y dimensiones como *dolor*, *incomodidad* y más bajas en *privacidad* o *información*. El ISG se correlacionó en ambas versiones con el MGPQ, en la versión traducida también lo hizo con el

STAI. La escala EVA de dolor se correlacionó, en el cuestionario original, con las dimensiones *dolor* ($r = -0,68; P < 0,01$), *incomodidad* ($r = -0,37; P < 0,01$), *espera* ($r = -0,14; P < 0,01$) y con el ISG ($r = -0,35; P < 0,01$). En el EVAN-G traducido se correlacionó con *información* ($r = -0,19; P < 0,01$), *incomodidad* ($r = -0,21; P < 0,01$), *privacidad* ($r = -0,26; P < 0,01$) y con más intensidad con la dimensión de *dolor* ($r = -0,48; P < 0,01$) y con el ISG ($r = -0,30; P < 0,01$). En este estudio, la correlación de la escala EVA con en MGPQ es fuerte y positiva, ($r = 0,44; P < 0,01$), ya que miden el mismo constructo, el dolor. Esto se repitió con el STAI ($r = 0,34; P < 0,01$).

dimensiones	EVAN-G original		EVAN-G traducido	
	MGPQ	STAI	MGPQ	STAI
Atención	-0,07	0,11*	-0,05	-0,20*
Información	-0,10	0,06	-0,07	-0,23*
Espera	-0,18*	0,05	-0,02	-0,11
Incomodidad	-0,36*	0,06	-0,19*	-0,40*
Privacidad	-0,02	0,04	-0,19*	-0,26*
Dolor	-0,52*	0,09	-0,33*	-0,46*
ISG	-0,33*	0,11	-0,18*	-0,39*

* $P < 0,01$

Tabla 5.5. Comparación de la correlación entre EVAN-G original y traducido. Comparación MGPQ y STAI

5.3.2. Fiabilidad

Consistencia interna

En el análisis de la fiabilidad se comparan dos índices, el α -Cronbach y el índice de correlación intraclase (Tabla 5.6). La fiabilidad del EVAN-G traducido medida por el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,92. Sus valores oscilan entre 0,66 en *dolor* y 0,96 en *tiempos de espera*. En el cuestionario original la dimensión que peor fiabilidad obtuvo fue *incomodidad*, en el cuestionario traducido es *dolor*. De todas formas todos los valores están por encima de 0,4, que es el valor mínimo exigible para definir un nivel de fiabilidad aceptable.

dimensiones	EVAN-G original		EVAN-G traducido	
	α -Cronbach	CCI	α -Cronbach	CCI
Atención	0,91	0,81	0,94	0,94
Información	0,87	0,78	0,90	0,86
Espera	0,81	0,72	0,96	0,92
Incomodidad	0,73	0,75	0,75	0,73
Privacidad	0,83	0,74	0,79	0,85
Dolor	0,74	0,80	0,66	0,52
ISG	0,90	0,77	0,92	0,90

CCI: Índice de correlación interclase

Tabla 5.6. Comparación de fiabilidad.

Reproducibilidad

La estabilidad de los valores del EVAN-G evaluada por la correlación test-retest en 20 pacientes se mide por el coeficiente de correlación interclase que es de 0,9. En la tabla 5.6 se describe por dimensiones.

5.3.3. Aceptabilidad

El tiempo medio empleado por los pacientes para completar el cuestionario EVAN-G traducido es de 14 ± 10 min, 48 pacientes no rellenaron este dato (16%). Se resumen a continuación las puntuaciones medias de cada dimensión, el % de valores perdidos, los rangos entre los que se mueve la correlación de cada ítem con su dimensión (validez convergente) y con otras dimensiones (validez discriminante), el Coeficiente alfa de Cronbach (fiabilidad) y el Coeficiente de Correlación Interclase (fiabilidad test-retest) para cada dimensión, así como el ISG (Tabla 5.7).

dimensiones	media \pm DS	VP (%)	CII	VDI	α	CCI*
Atención	78,82 \pm 19,83	2,21	0,77-0,84	0,00-0,25	0,94	0,94
Información	70,85 \pm 22,54	3,29	0,77-0,82	0,01-0,27	0,90	0,86
Espera	64,40 \pm 25,45	2,18	0,91-0,95	0,01-0,16	0,96	0,92
Incomodidad	76,83 \pm 24,24	1,34	0,55-0,83	0,01-0,33	0,75	0,73
Privacidad	72,34 \pm 19,57	2,48	0,55-0,77	0,03-0,41	0,79	0,85
Dolor	71,24 \pm 24,13	3,61	0,45-0,75	0,01-0,55	0,66	0,52
ISG	73,02 \pm 12	15,11	-	-	0,92	0,90

CII: consistencia interna de cada ítem. VDI: validez discriminante de cada ítem. α : Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. CCI: coeficiente de correlación interclase. ISG: Índice de Satisfacción Global.

*En un subgrupo de 20 pacientes

Tabla 5.7. Cuadro resumen

5.4. Cálculo del Índice de Satisfacción Global (ISG)

En cuanto al ISG, la puntuación obtenida en los 298 pacientes incluidos es de $73,02 \pm 12$, con una mediana de 72,67 y una moda de 76,67. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, siendo la puntuación más baja obtenida de 42 y la más alta de 99,33 (Gráfico 5.12).

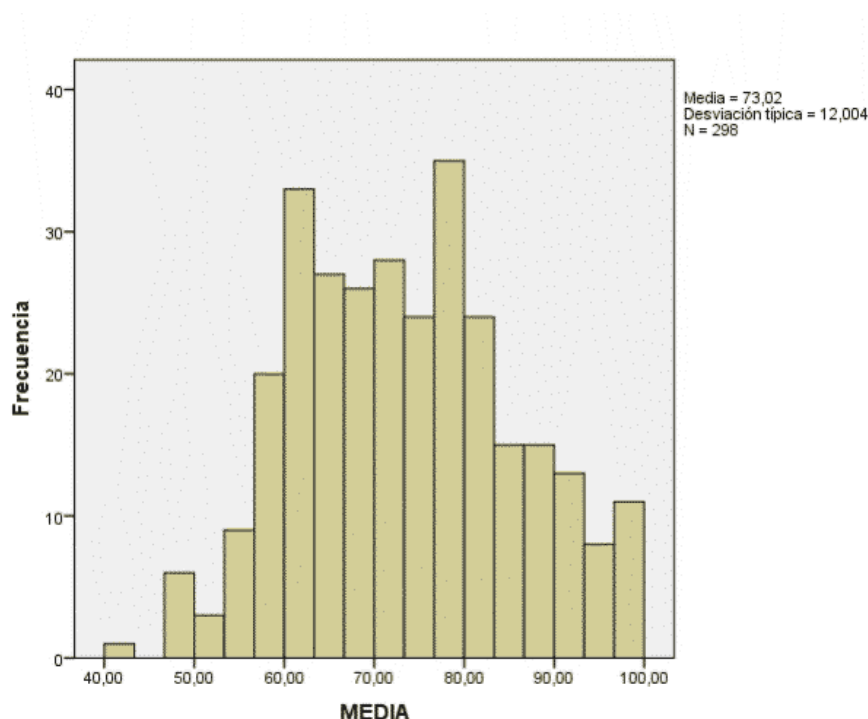


Gráfico 5.12. Índice de satisfacción global

Con la finalidad de estudiar los niveles de satisfacción (ya que se trata de la escala Likert con 5 niveles) se divide la muestra en 5 grupos poniendo los puntos de corte en 20, 40, 60 y 80, así se obtiene un primer grupo de *nada satisfecho*, el segundo de *poco satisfecho*, el tercero de *justo que esperaba*, el cuarto de *satisfecho* y un quinto de *muy satisfecho*. Se observa que el 57,38 % (171) de los pacientes encuestados está satisfecho y el 27,18 % (81) están muy satisfechos. Por lo que el porcentaje de pacientes que han obtenido cuidados por encima de sus expectativas asciende al 84,57 %. El 15,44 % (46) ha recibido los cuidados que esperaban y ningún

paciente ha quedado poco o nada satisfecho (Tabla 5.8).

Escala	Porcentaje
Nada satisfecho (≤ 20)	0
Poco satisfecho ($>20 \leq 40$)	0
Justo lo que esperaba ($>40 \leq 60$)	15,44
Satisfecho ($>60 \leq 80$)	57,38
Muy satisfecho (>80)	27,18

CII: consistencia interna de cada ítem. VDI: validez discriminante de cada ítem. α : Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach. CCI: coeficiente de correlación interclase. ISG: Índice de Satisfacción Global.

*En un subgrupo de 20 pacientes

Tabla 5.8. Distribución de las puntuaciones según el nivel de satisfacción

En la tabla 5.9 se exponen las puntuaciones obtenidas en el ISG, MGPQ, STAI y EVA, tanto en el cuestionario original como en el obtenido tras el proceso de traducción y adaptación. La puntuación en la escala EVA no aparece en el cuestionario original.

	EVAN-G original	EVAN-G traducido
ISG	75 \pm 14	73 \pm 12
MGPQ	6,3 \pm 8,6	10,9 \pm 11,2
STAI	51,3 \pm 2,9	36,2 \pm 18,1
EVA	-	3,8 \pm 2,9

Tabla 5.9. Comparación de ISG, MGPQ, STAI, EVA

5.5. Análisis de la relación entre satisfacción y otras variables

Se analiza la relación que existe entre cada una de las dimensiones del cuestionario y el ISG con factores como la edad, el sexo, el nivel de estudios, el lugar de residencia y el estado de convivencia. Además también se valora la relación de éstos con la clasificación de la ASA, la premedicación preoperatoria, el tipo de cirugía y de anestesia,

el manejo de la vía aérea, el tiempo quirúrgico o el número de cirugías previas. Para ello se realiza el test de la *t* de Student, el análisis de la varianza, el test de la *U* de Mann-Whitney, el test de Kruskal-Wallis y la correlación de Pearson (Tabla 5.10).

Se encuentra correlación estadísticamente significativa entre la variable **sexo** y el ISG ($r = -0,13$; $P < 0,01$) y en las dimensiones de *dolor* ($r = -0,14$; $P < 0,01$), e *incomodidad* ($r = -0,13$; $P < 0,01$), obteniendo los hombres mayor grado de satisfacción en dichas variables.

En cuanto al estado de salud previo medido por la ASA, si el punto de corte se sitúa en el mismo punto que lo hace el autor del cuestionario original (ASA I y ASA II-IV) se obtienen dos grupos muy dispares en cuanto a la *n* (28 frente a 270), ya que la gran mayoría de los pacientes de este estudio son de alta complejidad. En este caso no se halla correlación con ninguna variable. Si la división se realiza en dos grupos con un número de pacientes más equilibrado (ASA I-II y ASA III-IV) se encuentra correlación en el ISG y en *incomodidad*.

Se halla correlación estadísticamente significativa entre el **tiempo de anestesia** y la dimensión de *atención* ($r = 0,14$; $P < 0,01$) y *espera* ($r = 0,19$; $P < 0,01$) y con el ISG ($r = 0,13$; $P < 0,01$).

Los pacientes **no premedicados** presentan mayor satisfacción en *tiempos de espera* y *privacidad* que los pacientes premedicados preoperatoriamente.

Los pacientes que tienen su **lugar de residencia** en medio rural alcanzan mayor puntuación en la dimensión de *información* que los que viven en la ciudad ($r = 0,13$; $P < 0,01$).

Según las **especialidades quirúrgicas** se encuentra correlación con significación estadística entre esta variable y *tiempos de espera*. Los pacientes más satisfechos son aquellos que pertenecen a Oftalmología, Cirugía Torácica, seguido de Cirugía General, ORL y Urología.

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la edad, el nivel de estudios, el estado de convivencia, el estado de salud previo (con los grupos que propone el autor del cuestionario original), el tipo de anestesia empleado, el manejo de la vía aérea o el número de cirugías previas.

	n	Atención	Información	Espera	Incomodidad	Privacidad	Dolor	ISG
Edad								
≤65	187	79±17	71±19	63±25	77±17	72±15	72±18	73 ± 12
>65	111	77±16	71±19	67±22	76±17	72±14	71±16	73 ± 12
Sexo								
Hombre	165	79±17	72±19	66±23	79±17	73±14	73±17	74±12
Mujer	133	78±16	69±19	63±25	74±17	71±15	69±17	71±12
ASA								
I	28	81±20	71±22	68±27	76±18	73±16	73±17	74±15
>I	270	78±17	71±19	64±24	77±17	72±14	71±17	73±12
ASA								
I-II	91	80±17	72±18	65±24	78±17	73±15	72±17	74±12
III-IV	207	77±17	68±21	62±24	74±17	72±14	70±16	71±12
Tiempo								
≤120	136	77±17	70±18	61±24	76±18	71±14	72±18	72±12
>120	136	82±16	74±19	68±24	79±16	74±15	71±16	75±12
PREMED								
Si	288	79±17	71±19	64±24	77±17	72±14	71±17	73±12
No	9	79±17	82±16	83±28	74±14	85±14	65±11	78±9
VA								
IOT	274	79±17	71±19	65±24	77±17	72±14	71±17	73±12
ML	24	75±17	65±16	58±26	74±17	76±15	76±17	71±12

Tiempo: tiempo anestésico en minutos. VA: vía aérea, IOT: intubación orotraqueal, ML: mascarilla laríngea.

*($P < 0,01$)

Tabla 5.10. Relación entre ISG y las dimensiones con variables sociodemográficas y relacionadas con el estado de salud previo y el proceso quirúrgico.

Capítulo 6

Discusión

El objetivo principal de este estudio ha sido obtener un cuestionario con calidad metodológica suficiente y con sólidas propiedades psicométricas, que pueda ser empleado en nuestro medio, para medir la satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general. Para ello se realiza la adaptación transcultural del EVAN-G, cuestionario metodológicamente correcto [52], [55]. La finalidad es poder medir de manera fiable la calidad de la asistencia prestada en nuestro medio y detectar puntos de mejora.

La traducción y adaptación del cuestionario se ha realizado siguiendo las directrices de guías actualizadas y grupos de expertos [56]–[62], como hemos detallado minuciosamente.

La calidad metodológica del cuestionario obtenido ha de ser confirmada. Para ello es obligatorio corroborar que las propiedades psicométricas que posee el cuestionario original [39] no se han perdido durante el proceso de traducción y adaptación. Con tal propósito, se han comparado, de manera exquisita, las propiedades psicométricas de uno y otro. El fin es aportar pruebas de la equivalencia de ambos cuestionarios.

El EVAN-G traducido fue aplicado a 300 pacientes [65], [66] durante las 48 horas posteriores a la intervención quirúrgica. Ha sido completado sin ayuda del equipo investigador. Se han incluido varias especialidades quirúrgicas y se han recogido múltiples datos relacionados con el paciente y con el proceso.

Respecto al porcentaje de pacientes incluidos en el análisis, en el EVAN-G traducido solo 2 pacientes (0,7 %) han sido excluidos por no responder a un mínimo del

75 % de los ítems (del total de 300 pacientes encuestados inicialmente), un porcentaje muy inferior al del cuestionario EVAN-G original que ascendió al 10,5 %. La tasa de respuesta del nuevo cuestionario asciende al 99,3 % vs el 89,5 % del cuestionario original. En la literatura se reportan tasas de respuesta que varían desde el 62 % [8] hasta el 100 % [43]. En el estudio original se incluyeron 977 pacientes de ocho departamentos de Anestesia diferentes, pertenecientes a cuatro hospitales universitarios, por lo que el número de personas implicadas en la inclusión de pacientes fue mayor y el proceso puede ser menos homogéneo. De todas formas la tasa de respuesta fue muy alta en este estudio, cercana al 100 %.

La media de **edad** en este estudio es de 58,6 años (DS 14,2) con un rango de edad comprendido entre 19 y 88 años, mayor a la del cuestionario original que es de 51 años (DS 17). Respecto al sexo, en este estudio el 55,4 % (165) fueron hombres y el 44,6 % (133) mujeres. En el estudio original el sexo mayoritario es el femenino, con el 54,6 %. Es evidente que la población incluida en este estudio difiere, tanto en la media de edad como en la distribución por sexos, con la del cuestionario original. Nuestros pacientes son más añosos y la mayoría hombres. Cada muestra es representativa de la población a la que pertenece, y ambas poblaciones de referencia obviamente son diferentes, de ahí el proceso de traducción y adaptación transcultural. Además, el muestreo realizado es no probabilístico. Sin embargo, a efecto de analizar las propiedades psicométricas esto no tiene relevancia estadística.

Con respecto al **nivel de estudios, lugar de residencia y estado de convivencia**, en el cuestionario original no se aportan dichos datos. En este estudio se han recogido de igual manera. Aporta información sobre el perfil de pacientes atendidos en nuestra área. Se puede concluir que el nivel de estudios es bajo, el 55,4 % tienen estudios primarios (37,6 %) o no poseen ninguno (17,8 %). La mayoría de los pacientes viven en medio urbano (66,7 %) y están casados (72,1 %). Los pacientes incluidos en nuestro estudio presentan un peor estado de salud según la ASA, ya que la mayoría se han clasificado como ASA II (60,1 %) y III (29,2 %) mientras que en el EVAN-G original la mayoría son ASA I (48,5 %) y ASA II (42,6 %). Una posible explicación puede ser la mayor media de edad que presentan estos pacientes, y el hecho de que el hospital donde se realiza este estudio sea de 3º nivel, por lo que la complejidad de la cirugía y de los pacientes suele ser mayor.

El 96,6 % de los pacientes de este estudio fueron **premedicados** (288) frente al 77,5 % del estudio original. No se especifica el motivo por el cual no se realiza dicha premedicación a un mayor porcentaje de la población. En este estudio la causa por

la que no se administra al 100 % de los pacientes es la patología pulmonar severa. Aun así, la proporción de pacientes premedicados es muy alta.

La **especialidad quirúrgica** mayoritaria incluida en este estudio es Cirugía General con el 56,4 % (168) de los pacientes, seguida de Otorrinolaringología con el 15,8 % (47), Cirugía Torácica con el 14,4 % (43), Urología con el 13,1 % (39) y Oftalmología con el 0,3 % (1), (la mayoría de los procesos oftalmológicos programados en nuestro centro se realizan bajo Anestesia Locorregional). En el estudio original las especialidades incluidas fueron Ginecología (11,7 %), Cirugía Ortopédica (9,5 %), Digestiva (9,2 %), Otorrinolaringología (8,1 %), Cirugía Vascular (8,1 %), Cirugía Estética (7,4 %), Cirugía Endocrina (5,7 %), Cirugía Maxilofacial (5 %), Oftalmología (4,7 %), Cirugía Espinal (3,4 %), Urología (3,3 %), Neurocirugía (1,6 %), Cirugía Torácica (1,4 %), Cirugía Endoscópica (18,3 %) y otras (2,5 %). La variedad de especialidades es mayor en el estudio original, lo cual es de esperar, ya que se incluyen pacientes de múltiples centros hospitalarios.

Todos los pacientes incluidos se intervienen bajo Anestesia General, el estudio original no especifica si se empleó Anestesia General Balanceada, Combinada o Total Intravenosa.

En este estudio el manejo de la **vía aérea** se hace en el 91,9 % (274) de los casos con intubación orotraqueal, y solo en el 8,1 % (24) con mascarilla laríngea. En el estudio original los datos son contrarios, solo el 16,28 % de los pacientes fueron intubados frente al 83,72 % de los pacientes a los que se les colocó una mascarilla laríngea. La explicación puede estar en el manejo de diferentes protocolos o en los tiempos quirúrgicos (en cirugías largas el manejo más habitual es la intubación orotraqueal), también influyen las diferentes especialidades quirúrgicas incluidas en cada estudio, por ejemplo, en Cirugía Ortopédica, Ginecología o Cirugía Estética puede estar más extendido el uso de mascarilla laríngea.

La **duración media** de la anestesia en este trabajo es de $145 \pm 82,95$ minutos (mediana de 121,5 y rango de 13-428 min). En el EVAN-G original la media es de 110 ± 86 minutos (mediana de 90 y rango de 10-720). La duración media de las cirugías incluidas en este estudio es mayor (35 minutos), probablemente por la complejidad de los pacientes, más añosos y en peor estado de salud basal, y por la complejidad de las cirugías.

La media de **cirugías previas** que presentaron nuestros pacientes fue de $1,62 \pm$

1,88 (se incluyeron procesos realizados bajo Anestesia General o Locorregional). En el cuestionario original asciende a 3 ± 2 , casi el doble. No se especifica si, además de procesos realizados bajo AG y ALR también computan otros realizados con anestesia local.

Como se ha expuesto con anterioridad, el cuestionario obtenido consta de 30 ítems que se agrupan en seis dimensiones (atención, privacidad, información, dolor, incomodidad y tiempos de espera). Las tasas de no respuesta de cada ítem de manera individual se consideran bajas, el ítem 15 «he tenido dificultades en los quehaceres diarios» es el que presentó mayor tasa de no respuesta con el 7,7 %. La variabilidad en las respuestas nos muestra la capacidad del cuestionario para diferenciar a dos personas que opinan diferente, por lo tanto deberían escoger puntuaciones diferentes en la escala de respuestas. La escala utilizada es la Likert [54], con 5 niveles de respuesta, por lo que la desviación estándar máxima sería de 2. La variabilidad de los ítems debe ser relativamente o sustancialmente alta, para este tipo de escala sería adecuada una desviación estándar en torno a 1. En este caso el ítem que tuvo una mayor desviación estándar (y por tanto mayor capacidad de discriminación) fue el 11 «en la sala de recuperación he tenido dolores» con una DS de 1,31. El ítem que obtuvo menor desviación estándar fue el 6 «desde las primeras consultas hasta que me trasladaron a quirófano se ha respetado mi intimidad» con un valor de 0,92. Todos los valores son cercanos a 1, por lo que se infiere que tienen buena capacidad discriminatoria, dos personas que opinen diferente escogen diferentes puntuaciones.

Las puntuaciones medias de cada dimensión en el cuestionario original oscilan entre 64 ± 22 en *información* y 84 ± 19 en *incomodidad*. La puntuación más alta obtenida en el cuestionario traducido corresponde a la dimensión *atención* con un 79 ± 20 . La más baja se refiere a *tiempos de espera* con un 64 ± 26 , que es una de las mejor valoradas en el EVAN-G original. Esta dimensión merece un análisis más exhaustivo. Está formada por cuatro ítems referentes al tiempo de espera hasta recibir la cita con el anestesiólogo (ítem 20), o con el cirujano (ítem 21) y si han tenido que esperar para ser recibidos en esa consulta preoperatoria por el anestesiólogo (ítem 22) o por el cirujano (ítem 23). Esta dimensión está formada, en el cuestionario original, por dos únicos ítems que no diferencian al cirujano del anestesiólogo. Las medias de las puntuaciones de cada ítem son bastante parecidas y oscilan entre $64,23 \pm 25$ y $64,63 \pm 26$. Puede ocurrir a veces que los pacientes tardan en intervenir desde que se ven en consultas externas y puede que les quede únicamente el recuerdo, en general, de haber tardado mucho en operarse o no, y no ser capaces de discriminar con certeza si han esperado más para una consulta u otra. Lo cierto es que el haber

aumentado el número de ítems no nos ha aportado datos para obtener conclusiones de mayor peso. La tasa de no respuesta de cada ítem también fue similar, en torno al 3 %, excepto para la pregunta sobre la cita de preanestesia que fue del 0,7 %. Se podría contemplar la mejora de esta variable en ambos ámbitos (las consultas tanto de anestesia como de cirugía) como un objetivo concreto a estudiar para aumentar la satisfacción global de los pacientes. Para ello, es necesario realizar una recogida de los tiempos de espera, identificar aquellos cuya mejora está a nuestro alcance y diseñar e implantar estrategias encaminadas a reducirlos.

En cuanto a las propiedades psicométricas, la **validez de contenido** se mide con una pregunta abierta al final del cuestionario haciendo referencia a algún dominio que los pacientes consideren que falte y que pueda contribuir a conocer y mejorar su experiencia. Solo 5 pacientes hacen referencia al contenido del cuestionario (1,7 %), porcentaje demasiado bajo para ser considerado.

Para comprobar la **validez de constructo** se realiza el test de rotación VARIMAX donde también se obtienen seis dimensiones que explican el 68 % de la varianza de los datos (en el cuestionario original explican el 64 %). Como se ha expuesto previamente, la validez de constructo es bastante alta y parecida al cuestionario original, ya que tanto la correlación de cada ítem con su dimensión, como de cada ítem con las demás dimensiones se asemejan bastante al EVAN-G original. Por lo tanto la versión obtenida tiene una buena validez de constructo, que se ha mantenido tras el proceso de adaptación transcultural.

En el estudio de la **validez externa**, se comparan los coeficientes de correlación de Pearson en las puntuaciones obtenidas en el MGPQ y STAI. Se observa la misma correlación entre el MGPQ y dimensiones como *dolor* e *incomodidad*. La correlación en ambos casos es alta y negativa. Es negativa ya que las escalas son contrarias, una mayor puntuación en el MGPQ significa más dolor y sin embargo una puntuación alta en las diferentes dimensiones del EVAN-G supone un mayor nivel de satisfacción en dicha dimensión. En cuanto al cuestionario de ansiedad, el STAI, en la versión original los autores no hallan correlación, solo una baja correlación con la dimensión *atención*. En el cuestionario traducido sí se ha hallado una alta correlación de este cuestionario con las dimensiones *dolor* e *incomodidad*, y más baja con *privacidad* o *información*. La correlación también es negativa, a mayor puntuación en el STAI mayor nivel de ansiedad presenta el paciente, y esto es inversamente proporcional a la satisfacción del mismo. Por otra parte, es lógico pensar que esta correlación pueda existir, y que en pacientes con más dolor e incomodidad el nivel de ansiedad

sea mayor. En el cuestionario original no se explican las posibles causas de la no correlación con el STAI. En el cuestionario traducido, ISG se correlaciona, como cabe esperar, tanto con el MGPQ como con el STAI, ya que muchas de sus dimensiones se correlacionan con ambos cuestionarios. La escala de dolor EVA se correlaciona con fuerza con el MGPQ y con la dimensión de dolor, es un hallazgo esperable ya que en los tres casos se mide el mismo constructo, el dolor. La escala EVA también se correlaciona con el STAI. En definitiva, los hallazgos en el estudio de la validez externa en cuanto al cuestionario MGPQ y a la escala de dolor EVA son bastante equivalentes, la diferencia se halló en el STAI, donde sí se encuentra una correlación en el cuestionario traducido que no se ha hallado en el cuestionario original.

Al comparar la **fiabilidad** de ambos test (el original y el traducido) mediante el coeficiente α -Cronbach y el índice de correlación intraclase, se observan valores de fiabilidad bastante altos en ambos casos. La peor fiabilidad la obtiene la dimensión de *dolor* en el cuestionario original. Esto puede explicarse por el hecho de que el dolor es una condición dinámica que cambia con el tiempo, el paciente puede responder de manera diferente si el dolor ya ha sido aliviado al rellenar el segundo test o si ha aparecido después de completar el primer cuestionario. Como se expuso con anterioridad, todos los valores son superiores a 0,4, por lo tanto el cuestionario EVAN-G traducido presenta buena fiabilidad, esta propiedad psicométrica también se ha conservado a lo largo del proceso realizado.

En cuanto a la **aceptabilidad**, el tiempo empleado por los pacientes para completar el cuestionario traducido es de 14 ± 10 minutos, un poco más que el EVAN-G original (9 ± 7 minutos). Puede deberse al hecho de que el nuevo cuestionario posee 4 ítems más. Los pacientes no han referido dificultad para su cumplimentación.

Las puntuaciones obtenidas en el **ISG, MGPQ, STAI y EVA** también se deben interpretar. En cuanto al Índice de Satisfacción Global, la puntuación que se obtiene en el EVAN-G original es de 75 ± 14 , muy parecida a la resultante en el cuestionario traducido que es de 73 ± 12 , a pesar de encontrarnos ante poblaciones diferentes como ya se ha expuesto. En ambos casos la media se encuentra en el intervalo de *satisfecho* que oscila entre los 60 y 80 puntos. La gran mayoría de los pacientes (84,6 %) responden considerándose *satisfechos* o *muy satisfechos*, por lo que podemos decir que el nivel de satisfacción de nuestros pacientes está en un nivel elevado. El análisis exhaustivo de la dimensión menos valorada, la única que presenta una puntuación por debajo de 70, (tiempos de espera) ya se ha expuesto en párrafos anteriores. En segundo lugar se compara la puntuación obtenida en el cuestionario de dolor MGPQ,

mayor en la población de este estudio (6,3 vs 10,9), al contrario que el cuestionario de ansiedad STAI cuya media fue menor (51,3 vs 36,2). Según estos datos los pacientes incluidos en la validación del EVAN-G traducido muestran más dolor (medido por el MGPD) pero menos estado de ansiedad, sin embargo las medias obtenidas en la dimensión *dolor* son bastante parecidas en ambos cuestionarios (73 vs 71). Se debe aclarar que la mayoría de los pacientes de este estudio reciben premedicación ansiolítica preoperatoria (77,5 % en el estudio original frente al 96,6 %) por lo que es de esperar una puntuación más baja en el STAI. Por último, la puntuación obtenida en la escala EVA no aparece en el cuestionario original. Ésta sí se ha incluido en la versión traducida cuya media ha sido de 3,8, los pacientes han tenido un dolor leve-moderado.

En el cuestionario EVAN-G original, la correlación hallada entre la puntuación del test y la edad, el sexo, el estado de salud medido por la ASA, la premedicación preoperatoria, el manejo de la vía aérea, el tiempo quirúrgico y las anestесias previas es bastante pobre.

En el EVAN-G original se encuentra correlación estadísticamente significativa entre la **edad** y *dolor* ($r = 0,18; P < 0,01$), *incomodidad* ($r = 0,2; P < 0,01$), *tiempos de espera* ($r = 0,18; P < 0,01$), y el ISG ($r = 0,18; P < 0,01$). Es decir, los pacientes mayores de 65 años están más satisfechos en general y en estas dimensiones en particular, aunque como se puede observar el coeficiente es bajo (existe correlación pero es débil). En el EVAN-G traducido no se obtiene correlación estadísticamente significativa de la variable edad con ninguna dimensión. El cuestionario original coincide con los datos reportados en la literatura con respecto a la variable edad [36] ya que los pacientes mayores suelen ser los más satisfechos, no lo hace el cuestionario traducido.

Sí se halló significación en la variable **sexo**, los resultados obtenidos han expuesto mayor ISG en los hombres ($r = -0,13; P < 0,01$), y en las dimensiones de *dolor* ($r = -0,14; P < 0,01$), *incomodidad* ($r = -0,13; P < 0,01$). El cuestionario original también halla correlación en la dimensión *incomodidad*. Otros autores [36] también encuentran más quejas postoperatorias en las mujeres en el período inmediatamente después de la anestesia.

En el cuestionario original se encuentra correlación entre el estado de salud previo medido por la ASA y la dimensión *dolor* ($r = 0,10; P < 0,01$) y *tiempos de espera* ($r = 0,13; P < 0,01$) por lo que los pacientes con peor estado de salud según la clasificación de la ASA tuvieron más satisfacción en las dimensiones de *dolor* y

tiempos de espera. Como se ha expuesto en los resultados, si el punto de corte se realiza del mismo modo que el autor del cuestionario original (ASA I y ASA II-IV) se obtienen dos grupos muy dispares en cuanto a la n (28 frente a 270), ya que, en el centro hospitalario donde se realiza este estudio, la gran mayoría de los pacientes son de alta complejidad. En este caso no se halla correlación con ninguna variable. Si la división se realiza en dos grupos con un número de pacientes más equilibrado (ASA I-II y ASA III-IV) se encuentra correlación entre el ISG y en *incomodidad*. Sin embargo esa relación es contraria a la obtenida en el cuestionario original, es decir, los paciente con mejor estado de salud son, en este caso, los más satisfechos. Los pacientes con peor estado de salud suelen ser los más mayores, es lógico pensar que estas dos variables (edad y ASA) vayan en concordancia en los datos expuestos en el cuestionario original (los pacientes más mayores y con ASA más alto tendrán puntuaciones similares en las diferentes dimensiones ya que posiblemente sean los mismos). Sin embargo en este estudio no se encuentra correlación entre la edad y la satisfacción, así como tampoco se halla entre el estado de salud previo (ASA) y la satisfacción.

En el EVAN-G original hay correlación entre el **tiempo de anestesia** y *dolor* ($r = -0,19; P < 0,01$), *incomodidad* ($r = -0,13; P < 0,01$), y el ISG ($r = -0,13; P < 0,01$). Esto significa que los pacientes que están anestesiados menos tiempo se muestran más satisfechos y con menos dolor e incomodidad. En el EVAN-G traducido se halla correlación estadísticamente significativa entre el tiempo de anestesia y la dimensión *atención* ($r = 0,14; P < 0,01$), *espera* ($r = 0,19; P < 0,01$) e ISG ($r = 0,13; P < 0,01$). Paradójicamente la correlación en este caso es positiva, es decir, los paciente que están más tiempo anestesiados son los más satisfechos en general y en las dimensiones señaladas en particular. Puede explicarse por el hecho de que en cirugías más largas la complejidad del proceso suele ser mayor y también la invasividad, por lo que a los pacientes se les prescribe una perfusión continua de morfina para el dolor postoperatorio, esto puede dar lugar a pacientes mejor analge-siados y más satisfechos. En ambos cuestionarios las correlaciones halladas son bajas.

En el EVAN-G original la puntuación en la dimensión *información* es significativamente mayor en el grupo que recibió **premedicación**. Por el contrario, la puntuación en la dimensión *dolor*, *incomodidad* y *tiempos de espera* es significativamente mayor en los pacientes no premedicados. En el EVAN-G traducido los pacientes no premedicados presentan mayor satisfacción en *tiempos de espera* y *privacidad*. Se debe aclarar que el número de pacientes no premedicados en este estudio fue de 9 con respecto a los sí premedicados que ascendió a 288, por lo que ante tal disparidad,

ambos grupos no serían comparables.

En el centro donde se realiza este estudio, al 96,7 % de los pacientes se les prescribe premedicación preoperatoria con el fin de reducir la ansiedad que el proceso quirúrgico genera. En la versión original la mayoría de los pacientes también fueron premedicados aunque el porcentaje no fue tan alto (96,7 % frente al 86,5 %).

Los pacientes que tienen su **lugar de residencia** en medio rural obtienen mayor puntuación en *información* que los que viven en ciudad ($r = 0,13$; $P < 0,01$). El cuestionario original no refiere ninguna correlación en esta variable con ninguna de las dimensiones.

En este estudio se ha hallado significación estadística, según las **especialidades quirúrgicas**, con la dimensión *tiempos de espera*. Los pacientes más satisfechos, por orden, son los que pertenecen a Oftalmología, Cirugía Torácica, Cirugía General, ORL y Urología. Solo se ha incluido un paciente al que se le ha realizado cirugía oftalmológica bajo anestesia general, la mayoría de los procesos se realizan bajo anestesia locorregional, la muestra por lo tanto es demasiado pequeña. En cuanto a la Cirugía Torácica, que ocupa el segundo puesto, se debe conocer que el volumen de pacientes que manejan es menor que en las demás cirugías incluidas o que la mayor parte de las intervenciones son de patología oncológica, cuyos tiempos de espera son menores.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en este estudio en relación a la edad, el nivel de estudios, el estado de convivencia, el estado de salud previo (con los grupos que propone el autor del cuestionario original), el tipo de anestesia empleado o el manejo de la **vía aérea**. En el EVAN-G original sí se hallan diferencias significativas en el grupo donde el manejo de la vía aérea se realiza con mascarilla laríngea, obtienen éstos mayor puntuación en el ISG y en las dimensiones de *dolor*, *incomodidad* y *tiempos de espera*. Se debe señalar la diferencia en el número de pacientes que conforman cada grupo en este estudio (274 intubados con respecto a 24 con ML). También llama la atención el diferente manejo de la vía aérea que se realiza en cada centro (en el estudio original, solo el 16 % de los pacientes se intubaron, frente al 92 % de nuestro centro). Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por la duración de los procedimientos quirúrgicos, más largos en nuestro centro. Otra causa podría ser las especialidades quirúrgicas incluidas, la mayoría de los procedimientos realizados en este centro pertenecen a Cirugía General y Digestiva, estos pacientes pueden necesitar en mayor medida aislamiento de la vía aérea por problemas como reflujo gastroesofágico o riesgo de aspiración o por la

técnica quirúrgica empleada (un mayor uso de la cirugía laparoscópica en nuestro centro), en especialidades como ORL, donde en muchas ocasiones se comparte la vía aérea con el cirujano, se suele optar por la intubación orotraqueal, o en Cirugía Torácica donde la intubación orotraqueal con ventilación unipulmonar suele ser el requerimiento habitual. Tener en cuenta además que determinados procedimientos como las endoscopias se excluyeron en nuestro estudio ya que en nuestro centro se realizan como proceso ambulatorio.

Limitaciones

La principal limitación del estudio es que se ha realizado en un centro hospitalario de tercer nivel de la provincia de Sevilla. Solo se ha aplicado en un grupo de especialidades quirúrgicas. Es un importante y fundamental paso para poder aplicarlo con posterioridad en hospitales comarcales y en diferentes provincias y comunidades autónomas así como en otros tipos de cirugía.

El muestreo realizado ha sido no probabilístico consecutivo, no aleatorizado. Aunque esto no interfiere en la valoración de las propiedades psicométricas.

Solo podrá ser utilizado para medir la satisfacción en pacientes intervenidos bajo anestesia general, no para anestesia locorregional o monitorización anestésica vigilada.

El test-retest se ha realizado antes del alta por lo que hay un sesgo de selección, es decir, lo han realizado aquellos pacientes que han permanecido más tiempo ingresados.

Si se quiere aplicar en otras culturas debería ser adaptado a ese contexto de nuevo, aunque el idioma sea el mismo.

A pesar de estas limitaciones creemos que el cuestionario EVAN-G adaptado al castellano nos proporcionará un instrumento válido para conseguir nuestro objetivo, medir la satisfacción de nuestros pacientes.

Capítulo 7

Conclusiones

1. Se ha conseguido obtener una herramienta válida para medir y cuantificar la satisfacción de los pacientes en el período perioperatorio, que es un indicador fiable y medible de la calidad prestada por un servicio sanitario.
2. El cuestionario elegido ha sido el EVAN-G, validado en francés. No existía en español ninguno que tuviera tan alta calidad metodológica.
3. Se ha realizado la adaptación al español de manera satisfactoria, mediante el método más aceptado y validado, la traducción y retrotraducción, obteniendo un cuestionario equivalente al original en idioma español.
4. El cuestionario resultante ha mantenido intactas las propiedades psicométricas. Se ha comprobado su alta validez, fiabilidad y aceptabilidad, por lo que puede clasificarse como un cuestionario de calidad. Está listo para su uso.
5. El cuestionario ha demostrado tener relevancia tanto a nivel estadístico como clínico. Los resultados obtenidos muestran que la satisfacción de los pacientes incluidos en este estudio es alta, superior a la media. Aun así existe margen de mejora, fundamentalmente en los tiempos de espera.
6. Aunque el cuestionario traducido ha demostrado su aplicabilidad en nuestro medio, y consideramos que la adaptación transcultural ha sido correcta, es necesario realizar más estudios para corroborarlo en otros centros hospitalarios y especialidades quirúrgicas.
7. Como perspectiva futura puede estar justificado estudiar si las mejoras en el grado de satisfacción de los pacientes aportan ventajas medibles en términos de días de hospitalización, medicación analgésica consumida, etc.

Referencias

- 1.- Suñol R, Bañeres J. Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: Saturno J, Gascón JJ, Parra P, editores. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
- 2.- Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario, ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 1998;13:92-97.
- 3.- World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Copenhagen: OMS, 1985 (Euro Reports and Studies Series: nº 94).
- 4.- European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el Sector Público: Salud.1995; EFQM. Bruselas 1996.
- 5.- Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely 1996;44(3):166-203.
- 6.- Palmer, HR. Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Association. 1983.
- 7.- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002;6(32):1-244.
- 8.- Heidegger T, Husemann Y, Nuebling M, Morf D, Sieber T, Huth a, et al. Patient satisfaction with anaesthesia care: development of a psychometric questionnaire and benchmarking among six hospitals in Switzerland and Austria. Br J Anaesth 2002;89(6):863-72.

- 9.- Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plan* 1983;6:185-210.
- 10.- LaMonica E, Oberst M, Madea A, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 1986;9:43-50.
- 11.- Cohen M, Duncan P, Pope W, Biehl D, Tweed WA, MacWilliam L, et al. The Canadian four-centre study of anesthetic outcomes. II. Can outcomes be used to assess the quality of anesthesia care? *Can J Anaesth* 1992;5:430-9.
- 12.- Orkin F, Cohen M, Duncan P. The quest for meaningful outcomes. *Anesthesiology* 1993;3:417-22.
- 13.- Eagle CJ, Davies JM. Current models of "quality": an introduction for anaesthetists. *Can J Anaesth* 1993;9:851-62.
- 14.- Duncan P. Quality: a job well done! *Can J Anaesth* 1993;9:813-5.
- 15.- Gotlieb JB, Grewal D, Brown SW. Consumer satisfaction and perceived quality: Complementary or divergent constructs? *J Appl Psychol* 1994;79(6):875-85.
- 16.- Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;25:25-33.
- 17.- The World Health Organization [sede Web]. Ginebra: The World Health Organization. The World health Organization Quality of life Instruments. (Disponible en <http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol>)
- 18.- WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
- 19.- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
- 20.- WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care* 2004;16(7):882-9.

-
- 21.- Skevington SM, Gunson KS, O'Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res* 2013;22(5):1073-83.
 - 22.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
 - 23.- Goldberg D. (1978) Manual of the General Health Questionnaire. NFER Publishing Company. Windsor 1978.
 - 24.- Ware JE, Wright WR, Snyder MK, Chu GC. Consumer perceptions of health care services: implications for academic medicine. *J Med Educ* 1975;50(9):839-48.
 - 25.- Hines BL, Clarkson QD, Smith DD. Development and use of a patient satisfaction questionnaire. *J Fam Practice* 1977;4(1):148-9.
 - 26.- Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR. Patient satisfaction with general anaesthesia: Too difficult to measure? *Anaesthesia* 1996;51:327-32.
 - 27.- Dexter FM, Aker JM, Wright WAM. Development of a Measure of Patient Satisfaction with Monitored Anesthesia Care: The Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale. *Anesthesiology* 1997;87:865-73.
 - 28.- Bell DM, Halliburton JR, Preston JC. An evaluation of anesthesia patient satisfaction instruments. *AANA journal* 2004;72(3):211-7.
 - 29.- Auquier P, Blache JL, Colavolpe C, Eon B, Auffray JP, Pernoud N, et al. A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. I-Construction and validation. *Ann Fr Anesth Reanim* 1999;18(8):848-57.
 - 30.- Pernoud N, Colavolpe JC, Auquier P, Eon B, Auffray JP, Francois G, et al. A scale of perioperative satisfaction for anesthesia. II-Preliminary results. *Ann Fr Anesth Reanim* 1999;18(8):858-65.
 - 31.- Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg* 1999;88(1):83-90.
 - 32.- Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 2000;84(1):11-5.

- 33.- Le May S, Hardy JF, Harel F, Taillefer MC, Dupuis G. Patients' perceptions of cardiac anesthesia services: a pilot study. *Can J Anaesth* 2001;48(11):1127-42.
- 34.- Bauer M, Böhrer H, Aichele G et al. Measuring patient satisfaction with anaesthesia: perioperative questionnaire versus standardized face-to-face interview. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45(1):65-72.
- 35.- Eberhart LH, Greiner S, Geldner G, Wulf H. Patient evaluation of postoperative recovery. An evaluation of the QoR scores in 577 patients. *Anaesthesist* 2002;51(6):463-6.
- 36.- Hüppe M, Beckhoff M, Klotz KF, Heinzinger M, Prussmann M, Gerlach K, et al. Reliability and validity of the Anaesthesiological Questionnaire for electively operated patients. *Anaesthesist* 2003;52(4):311-20.
- 37.- Sindhvananda W, Leelanukrom R, Juajarungjai S. A questionnaire for measuring patient satisfaction to general anesthesia. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het thangphaet* 2003;86(12):1167-76.
- 38.- Hepner DL, Bader AM, Hurwitz S, Gustafson M, Tsen LC. Patient Satisfaction with Preoperative Assessment in a Preoperative Assessment Testing Clinic. *Anesth Analg* 2004;98(4):1099-105.
- 39.- Auquier P, Ph D, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M. Development and Validation of a Perioperative Satisfaction Questionnaire. *Anesthesiology* 2005;(6):1116-23.
- 40.- Fung D, Cohen M, Stewart S, Davies A. Can the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale be used to measure patient satisfaction with cataract care under topical local anesthesia and monitored sedation at a community hospital? *Anesth Analg* 2005;100(6):1637-43.
- 41.- Hüppe M, Zöllner M, Alms A, Bremerich D, Dietrich W, Lüth JU. et al. The Anaesthesiological Questionnaire for patients in cardiac anaesthesia. Results of a multicenter survey by the scientific working group for cardiac anaesthesia of the German Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Anaesthesist* 2005;54(7):655-66.
- 42.- González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2005;17(6):465-72.

-
- 43.- Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005;49(6):735-42.
 - 44.- Montenegro A, Pourtalés MC, Greib N, End E, Gaertner E, Tulasne PA, et al. Assessment of satisfaction after regional anaesthesia in two institutions. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25(7):687-95.
 - 45.- Schiff JH, Fornaschon a S, Frankenhauser S, Schiff M, Snyder-Ramos S a, Martin E, et al. The Heidelberg Peri-anaesthetic Questionnaire—development of a new refined psychometric questionnaire. *Anaesthesia* 2008;63(10):1096–104.
 - 46.- Caljouw MAA, van Beuzekom M, Boer F. Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *Br J Anaesth* 2008;100(5):637–44.
 - 47.- Mui W-C, Chang C-M, Cheng K-F, Lee T-Y, Ng K-O, Tsao K-R, et al. Development and validation of the questionnaire of satisfaction with perioperative anesthetic care for general and regional anesthesia in Taiwanese patients. *Anesthesiology* 2011;114(5):1064–75.
 - 48.- Tanaka Y, Wakita T, Fukuhara S, Nishiwada M, Inoue S, Kawaguchi M, et al. Validation of the Japanese version of the quality of recovery score QoR-40. *J Anesth* 2011;25(4):509-15.
 - 49.- Dexter F, Candiotti KA. Multicenter assessment of the Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale, an instrument that measures patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesth Analg* 2011;113(2):364–8.
 - 50.- Kouki P, Matsota P, Christodoulaki K, Kompoti M, Loizou M, Karamanis P, et al. Greek surgical patients' satisfaction related to perioperative anesthetic services in an academic institute. *Patient Prefer Adherence* 2012;6:569-78.
 - 51.- Maurice-Szamburski A, Bruder N, Loundou A, Capdevilla X, Auquier P. Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire in regional anesthesia. *Anesthesiology* 2013;118(1):78-87.
 - 52.- Barnett SF, Alagar RK, Grocott MP, Giannaris S, Dick JR, Moonesinghe SR. Patient-satisfaction measures in anesthesia: qualitative systematic review. *Anesthesiology* 2013;119(2):452-78.

- 53.- Nübling M, Saal D, Heidegger T. Patient satisfaction with anaesthesia- Part 2: Construction and quality assessment of questionnaires. *Anaesthesia* 2013; 68: 1173-8.
- 54.- Smith GT, McCarthy DN. Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assessment* 1995;7:300-308.
- 55.- Chanthong P, Abrishami A, Wong J, Herrera F, Chung F. Systematic review of questionnaires measuring patient satisfaction in ambulatory anesthesia. *Anesthesiology* 2009;110(5):1061-7.
- 56.- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25(24):3186-91.
- 57.- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? How is an instrument for measuring health to be validated? *An Sist Sanit Navar* 2011;34(1):63-72.
- 58.- Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. *Salud Publica Mex* 2013;55(1):57-66.
- 59.- Smith GT, Fischer S, Fister SM. Incremental validity principles in test construction. *Psychol Assessment* 2003;15: 467-477.
- 60.- Hambleton RK. International Test Commission. (2016). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition).
- 61.- Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* 2013;25(2):151-7.
- 62.- Maneesriwongul W, Dixon J. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs* 2004; 48:175-86.
- 63.- Melzack R: The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain* 1987;30:191-7.
- 64.- Spielberg CD, Sydeman SJ: State Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. The Use of Psychological Tests for Treatment Planning and Outcome Assessment. Hillsdale: Maruish ME; 1994. 292-321.
- 65.- Snook, S.C. y Gorsuch, R.L. Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study. *Psychol Bull* 1989;106: 148-154.

-
- 66.- Martínez-Arias R. Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos. 2ª ed. Madrid: Síntesis 2005.
- 67.- Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol* 2005; 5(3):521-551.
- 68.- Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R, Richman JA, et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis* 1988;176(5):257-63.
- 69.- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 2010;63:737-45.
- 70.- Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* 1993;78: 98-104.
- 71.- Comrey AL. Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *J Consult Clin Psychol* 1988;56: 754-761.
- 72.- Floyd FJ, Widaman KF. Factor análisis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assessment* 1995; 7: 286-299.
- 73.- García de Yébenes Prous MA, Rodríguez Salvanés F, Carmona Ortells L. Validation of questionnaires. *Reumatol Clin* 2009;5(4):171-7.
- 74.- Loevinger J. (1957). Objective tests as instruments of psychological theory. *Psychol Rep* 1957; 3: 635-694.
- 75.- Maurice-Szamburski A, Auquier P, Viarre-Oreal V, Cuvillon P, Carles M, Ripart J, et al. Effect of sedative premedication on patient experience after general anesthesia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015;313(9):916-25.
- 76.- Akhtar Z, Hesler BD, Fiffick AN, Mascha EJ, Sessler DI, Kurz A, et al. A randomized trial of prewarming on patient satisfaction and thermal comfort in outpatient surgery. *J Clin Anesth* 2016;33:376-85.

Abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
EFQM	European Foundation for Quality Management
URPA	Unidad de Reanimación PostAnestésica
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality Of Life
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality Of Live-Bref
WHOQOL-HIV	World Health Organization Quality Of Life-Human Immunodeficiency Virus
WHOQOL-SRPB	World Health Organization Quality Of Life-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs
SEQ	Service Evaluation Questionnaire
ISAS	Iowa Satisfaction Anesthesia Scale
MAC	Monitored Anesthesia Care
EVAN	Échelle de Vécu périopératoire de l'Anesthésie
QoR Score	Quality of Recovery Score after general anesthesia and surgery in adults
VAS	Visual Analog Scale
SOPPCAS	Scale of Patient's Perceptions of Cardiac Anesthesia Services
ANP	Anaesthesiological Questionnaire
PATCs	Perioperative Assessment Testing Clinics
EVAN-G	Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale
ANP-KA	Anaesthesiological Questionnaire-Cardiac Anaesthesia
LPPSq	Leiden Perioperative care Patient Satisfaction questionnaire
PSPACq	Patient Satisfaction with Perioperative Anesthetic Care questionnaire
EVAN-LR	Evaluation du Vécu de l'Anesthésie LocoRégionale
ITC	International Test Commission

MGPQ	Mc Grill Pain Questionnaire
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
ASA	American Society of Anesthesiologists
TIVA	Total Intravenous Anaesthesia
ORL	Otorrinolaringología

Anexos

A. Consentimiento del autor del cuestionario original

> Date: Mon, 4 Mar 2013 12:40:26 +0100
> From: pascal.auquier@univmed.fr
> To: ibl000@hotmail.com
> Subject: Re: EVAN-G questionnaire

Dear Inmaculada Benítez Linero

Sorry for my late answer +++

The use of the EVAN-G is free of charge for academic research.
However

1/ we ask to each potential user of the questionnaire to fill in the attached form (authorization of use) and send it back by e-mail.
2/ to observe the linguistic validation
3/ the users try to makes in return a commitment to supply the data with minimal information : sociodemographic data (ag, gender), clinical information, EVAN G): these data allow us to increase the base of observations and to supply normalized data (standardized by age / gender ...).

If you will be interested, we could also merge our data (at the end of our work) to check if there is no differential item functioning between spanish and french language.

Best Regards,

Pascal Auquier

B. Recomendaciones generales para la adaptación transcultural

The general recommendation for the transcultural adaptation of the EVAN-G comprises :

1. a forward-backward translation process (using the French original version as a reference)

FW translation (French to English) by at least 2 native speakers of the target language

Discussion of the potential divergences observed between the different FW english translations (by the translators and coordinators in charge of the adaptation study, and Pascal Auquier or Marie-Claude Simeoni if you need further information /clarification regarding the original concepts and wording of the EVAN-G)

Production of an harmonised FW version agreed upon

Backward translation into French of the harmonised FW by at least one French native speaker: confrontation of this BW translated version to the original French vspa

Discussion of the potential divergences observed between the BW translated version and the original French EVAN-G (by the translators and pilot committee of the adaptation study, and Pascal Auquier /or Marie-Claude Simeoni if you need further information /clarification regarding the original concepts and wording of the vspa) [It aims to point out problems in the portuguese harmonised FW version and to ensure conceptual equivalence between the French and the English version]

Production of a final English version

2. check the acceptability and relevance of the english version among a small sample of patients (test of the wording, understandability, point out items that could remain unclear or inappropriate for adolescents ...)

3. testing of the psychometric properties of the english version (using data collected on a larger sample of english patients) : reliability, validity ...

The use of the EVAN-G is free of charge. However we ask to each potential user of the questionnaire to fill in the attached form (authorization of use) and send it back by e-mail. We also wish to be involved in the writing of the original manuscript submitted for publication describing the process of transcultural adaptation and validation.

Of course we stay at your disposal for any further information you would need;

Looking forward to receiving your feed back

With my best wishes

C. Informe favorable del comité de ética



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTRO H.U. VIRGEN DEL ROCIO

El Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, en Sesión celebrada el 29 de octubre de 2013 (Acta 09/13):

1. Ha procedido a la revisión del Proyecto Tesis Doctoral titulado:

- Código de CEI: **2013PI/285**
- Presentado por **Inmaculada Benítez Linero**
- Titulado: **“Validación de un cuestionario de satisfacción con la atención prestada por un servicio de anestesiología (EVAN-G)”**.

2. Tras su valoración procede a emitir **INFORME FAVORABLE** del mismo.

Y para que conste y surta los efectos oportunos se expide la presente certificación en Sevilla, a 8 de noviembre de 2013

Fdo.: Javier Bañista Paloma
Presidente



D. Versión fusionada

Cuestionario de satisfacción perioperatoria: EVAN

Fecha de operación

Edad

años

Sexo: Mujer ☐

Hombre ☐

El objetivo del presente cuestionario es conocer su estado de salud y ciertos efectos ligados a la operación (anestesia y cirugía) a la que se ha sometido. Esta información nos permitirá mejorar la recepción y la atención que le prestamos a usted, así como la de aquellos pacientes que presenten su misma patología.

Responda a las preguntas marcando la casilla que mejor defina su estado: de peor a mejor. Si considera que alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Las respuestas no serán ni buenas ni malas.

Si desea proporcionarnos alguna información adicional, hágalo en el espacio previsto a tal efecto situado al final del cuestionario.

Si desea contactar con nosotros o solicitar más información, puede hacerlo en:

Service de Santé Publique - Faculté de Médecine - 27, bd Jean Moulin - 13 385 Marseille Cedex 5. Tel.: (+33) 04 91 32 44 72.

Gracias por su participación

Antes de la operación

Indique la hora exacta a la que ha empezado el cuestionario: h min

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que mejor defina lo que piensa.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Antes de la operación, durante las visitas del anestesista...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
1	he recibido información sobre todo lo que venía luego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	he podido hacer las preguntas que he querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	me he sentido tranquilo/a, relajado/a, confiado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antes de la operación, durante las visitas del cirujano o del endoscopista...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
4	he recibido información sobre todo lo que venía luego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	me he sentido tranquilo/a, relajado/a, confiado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desde las primeras consultas hasta que me trasladaron a quirófano...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
6	se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A la llegada al quirófano

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

A la llegada al quirófano...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
7 no me he sentido cómodo/a: frío, calor, mala postura en la mesa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A la llegada al quirófano...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
8 se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de la operación: en la sala de recuperación

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En la sala de recuperación...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
9 he tenido sensaciones desagradables como sed, hambre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 no me he sentido cómodo/a: frío, calor, mala postura en la cama/camilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 he tenido dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la sala de recuperación...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
12 he tenido un despertar agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de la operación: tras su vuelta a planta

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Tras mi vuelta a planta...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
13 he tenido sensaciones desagradables como sed, hambre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 no me he sentido cómodo/a: frío, calor, mala postura en la cama...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 he tenido dificultades en los quehaceres diarios: comunicarme con los demás, comer,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 he tenido dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tras mi vuelta a planta...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
17 ha remitido el dolor que sufría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, desde la primera consulta en el hospital sobre su problema de salud actual hasta hoy

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que más se corresponda con su opinión.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En general...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
19 he podido ver a las personas de mi entorno (familia, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los tiempos de espera del hospital me han parecido demasiado largos...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
20 para las citas con el anestesista o el cirujano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 durante la/s consulta/s anterior/es a la operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que más se corresponda con su opinión.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En general...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
22 antes de la operación, durante la consulta, el cirujano se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 a mi llegada al quirófano, los médicos (cirujano, anestesta) se han mostrado atentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 en la sala de recuperación, los médicos y el personal sanitario se han mostrado atentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 tras mi vuelta a planta, los médicos se han mostrado atentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 tras mi vuelta a planta, el personal sanitario se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique la hora exacta a la que ha acabado el cuestionario: _____h _____min

¿Echa en falta algún aspecto importante en este cuestionario? Si es así, ¿cuál?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿Tiene algún comentario adicional?

.....
.....
.....
.....
.....

E. Traducción inversa

Enquête de satisfaction péri-opératoire : EVAN

Date de l'opération

Âge ans

Sexe : Femme ☐

Homme ☐

L'objectif de la présente enquête est de connaître votre état de santé et certains effets relatifs à l'opération (anesthésie et chirurgie) que vous avez subie. Ces informations nous permettront d'améliorer notre accueil et l'attention que nous vous portons et que nous portons aux patients présentant la même pathologie.

Répondez aux questions en cochant la case qui définit le mieux votre état : de mauvais à bon. Si vous estimez qu'une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

Les réponses ne seront ni bonnes ni mauvaises.

Si vous souhaitez nous fournir des informations supplémentaires, indiquez-les dans l'espace prévu à cet effet à la fin de l'enquête.

Si vous souhaitez nous contacter ou obtenir davantage d'informations, écrivez à l'adresse suivante :

Service de Santé Publique - Faculté de Médecine - 27, bd Jean Moulin - 13 385 Marseille Cedex 5. Tél. : (+33) 04 91 32 44 72.

**Nous vous remercions de
votre participation**

Avant l'opération

Indiquez l'heure précise à laquelle l'enquête a débuté : h min

Par rapport à vos attentes, cochez pour chaque question la case qui définit le mieux votre pensée.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

Avant l'opération, lors des visites chez l'anesthésiste...		Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
1	j'ai reçu des informations sur toutes les étapes ultérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	j'ai pu poser les questions que je souhaitais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	je me suis senti(e) calme, détendu(e), en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avant l'opération, lors des visites chez le chirurgien et l'endoscopiste...		Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
4	j'ai reçu des informations sur toutes les étapes ultérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	je me suis senti(e) calme, détendu(e), en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dès les premières consultations jusqu'à mon transport au bloc opératoire...		Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
6	mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de l'arrivée au bloc opératoire

Si vous avez ressenti une gêne ou douleur, précisez, pour chacune des questions suivantes, le degré de gêne/douleur.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

Lors de l'arrivée au bloc opératoire...	Tout à fait d'accord	D'accord	Normal	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
7 je ne me sentais pas bien : froid, chaud, mauvaise position sur la table...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de l'arrivée au bloc opératoire...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
8 mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Après l'opération : en salle de réveil

Si vous avez ressenti une gêne ou douleur, précisez, pour chacune des questions suivantes, le degré de gêne/douleur.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

En salle de réveil...	Tout à fait d'accord	D'accord	Normal	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
9 j'ai eu des sensations désagréables comme soif, faim, nausées, vomissements, mal de tête...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 je ne me sentais pas bien : froid, chaud, mauvaise position sur la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 j'ai ressenti des douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En salle de réveil...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
12 le réveil a été agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Après l'opération : de retour dans la chambre

Si vous avez ressenti une gêne ou douleur, précisez, pour chacune des questions suivantes, le degré de gêne/douleur.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

De retour dans la chambre...	Tout à fait d'accord	D'accord	Normal	Pas tout à fait d'accord	Pas du tout d'accord
13 j'ai eu des sensations désagréables comme soif, faim, nausées, vomissements, mal de tête...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 je ne me sentais pas bien : froid, chaud, mauvaise position sur la table...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 j'ai eu du mal à accomplir les tâches quotidiennes : communiquer avec les autres,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 j'ai ressenti des douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De retour dans la chambre...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
17 mes douleurs se sont apaisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En général, entre la première consultation à l'hôpital suite à votre problème de santé et aujourd'hui

Par rapport à vos attentes, cochez pour chaque question la case qui se rapproche le plus de votre opinion.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

En général...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
19 j'ai pu voir les personnes de mon entourage (famille, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À l'hôpital, les temps d'attente m'ont semblé excessifs...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
20 pour les rendez-vous avec l'anesthésiste ou le chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 lors de la ou des consultations précédant l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par rapport à vos attentes, cochez pour chaque question la case qui se rapproche le plus de votre opinion.

Si une question ne vous concerne pas, entourez le numéro de ladite question.

En général...	Beaucoup moins que prévu	Un peu moins que prévu	Exactement ce qui était prévu	Un peu plus que ce qui était prévu	Beaucoup plus que ce qui était prévu
22 avant l'opération, pendant la consultation, le chirurgien a été attentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 lors de mon arrivée au bloc opératoire, les médecins (chirurgien, anesthésiste) ont été attentifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 en salle de réveil, les médecins et le personnel soignant ont été attentifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 de retour dans la chambre, les médecins ont été attentifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 de retour dans la chambre, le personnel soignant a été attentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez l'heure précise à laquelle l'enquête a pris fin : h min

Un aspect important fait-il défaut dans ce questionnaire ? Si oui, lequel/lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous d'autres commentaires ?

.....
.....
.....
.....
.....

F. Datos sociodemográficos

El cuestionario que se adjunta es confidencial y anónimo. Será usado únicamente para la investigación. Su participación es voluntaria. Consta de una primera parte, donde se recogen los datos generales, y una segunda parte donde se realizan una serie de preguntas sobre su opinión con el proceso perioperatorio.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.- EDAD: _____ años

2.- SEXO: Mujer ☐ Hombre ☐

3.- ESTUDIOS:

- ☐ Ninguno
- ☐ Primaria, EGB, ESO
- ☐ Bachiller, COU
- ☐ Formación profesional, FP
- ☐ Universidad

4.- ESTADO CIVIL:

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Vive en pareja
- ☐ Vive con familiar
- ☐ Vive solo/a

4.- LUGAR DE RESIDENCIA:

- ☐ Ciudad
- ☐ Rural

G. Cuestionario EVAN-G original

Questionnaire de Satisfaction Périopératoire : EVAN

Date de l'Opération

Age

ans

Sexe : féminin ☐

masculin ☐

Ce questionnaire a pour but de nous informer sur votre état de santé et sur certaines conséquences liées à l'opération (anesthésie et geste chirurgical) dont vous avez bénéficiée. Il nous permettra d'améliorer votre accueil, votre prise en charge ainsi que ceux des patients présentant la même pathologie que la vôtre.

Veillez répondre à chaque question en cochant la case qui correspond le plus à votre état : du pire au meilleur. Si vous pensez que certaines questions ne vous concernent pas, entourez le numéro de ces questions.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires, vous pouvez le faire dans l'espace prévu à cet effet à la fin du questionnaire.

Si vous souhaitez nous joindre ou avoir des informations complémentaires, voici nos coordonnées :

Service de Santé Publique - Faculté de Médecine - 27, bd Jean Moulin - 13 385 Marseille Cedex 5. Tel : 04 91 32 44 72.

Merci de votre participation

Avant l'opération

Remplir l'heure exacte du début de remplissage du questionnaire : h mn

Par rapport à ce que vous souhaitiez, cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous pensez.

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

Avant l'opération, lors des visites avec l'anesthésiste, ...		Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
1	j'ai reçu de l'information sur ce qui allait se passer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	j'ai pu poser les questions que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	je me suis senti(e) rassuré(e), détendu(e), mis(e) en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avant l'opération, lors des visites avec le chirurgien ou l'endoscopiste, ...		Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
4	j'ai reçu de l'information sur ce qui allait se passer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	je me suis senti(e) rassuré(e), détendu(e), mis(e) en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des premières consultations jusqu'à la descente au bloc,		Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
6	mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'arrivée au bloc

Si vous avez été gêné(e) ou eu mal, indiquez pour les questions suivantes votre degré de gêne / de douleur

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

A l'arrivée au bloc, ...		Enormément	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
7	j'ai été gêné(e) dans mon confort : froid, chaud, mal installé(e) sur la table...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A l'arrivée au bloc, ...		Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
8	mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Après l'opération : En salle de réveil

Si vous avez été gêné(e) ou eu mal, indiquez pour les questions suivantes votre degré de gêne / de douleur

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

En salle de réveil, j'ai		Enormément	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
9	ressenti des sensations désagréables comme : soif, faim, nausées, vomissements, maux de tête...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	été gêné(e) dans mon confort : froid, chaud, mal installé(e) dans le lit/brancard...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	eu mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En salle de réveil, j'ai		Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
12	eu un réveil agréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Après l'opération : Depuis votre retour dans le service

Si vous avez été gêné(e) ou eu mal, indiquez pour les questions suivantes votre degré de gêne / de douleur

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

	Depuis mon retour dans le service, j'ai	Enormément	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
13	ressenti des sensations désagréables comme : soif, faim, nausées, vomissements, maux de tête...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	été gêné(e) dans mon confort : froid, chaud, mal installé(e) sur le lit...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	eu des difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne : communiquer avec les autres, manger, se laver, aller aux toilettes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	eu mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Depuis mon retour dans le service, ...	Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
17	j'ai été soulagé(e) de ma douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	mon intimité a été respectée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Globalement, depuis votre première consultation à l'hôpital pour votre problème de santé actuel, jusqu'à ce jour

Par rapport à ce que vous souhaitiez, cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous pensez.

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

Globalement, ...	Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
19 j'ai pu voir mon entourage (famille, amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les délais d'attente à l'hôpital, m'ont paru anormalement élevés ...	Enormément	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
20 pour avoir un rendez-vous avec l'anesthésiste ou le chirurgien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 lors de la (des) consultation(s) avant l'opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Par rapport à ce que vous souhaitez, cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous pensez.

Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

Concernant le personnel, ...	Beaucoup moins bien qu'attendu	Un peu moins bien qu'attendu	Autant qu'attendu	Un peu mieux qu'attendu	Beaucoup mieux qu'attendu
22 Avant l'opération, lors de la consultation, le chirurgien a été attentionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 A mon arrivée dans le bloc, les médecins (chirurgien, anesthésiste) ont été attentionnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 En salle de réveil, les médecins et le personnel soignant ont été attentionnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Depuis mon retour dans le service, les médecins ont été attentionnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Depuis mon retour dans le service, le personnel soignant a été attentionné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remplir l'heure exacte de fin de remplissage du questionnaire : h mn

Pensez-vous que des aspects importants concernant votre séjour n'ont pas été abordés dans ce questionnaire, si oui lesquels ?

.....

.....

.....

Avez-vous des remarques éventuelles à faire ?

.....

.....

.....

H. Cuestionario EVAN-G traducido

Cuestionario de satisfacción perioperatoria: EVAN

Fecha de operación

El objetivo del presente cuestionario es conocer su estado de salud y ciertos efectos ligados a la operación (anestesia y cirugía) a la que se ha sometido. Esta información nos permitirá mejorar la recepción y la atención que le prestamos a usted, así como la de aquellos pacientes que presenten su misma patología.

Responda a las preguntas marcando la casilla que mejor defina su estado: de peor a mejor. Si considera que alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Las respuestas no serán ni buenas ni malas.

Si desea proporcionarnos alguna información adicional, hágalo en el espacio previsto a tal efecto situado al final del cuestionario.

Si desea contactar con nosotros o solicitar más información, puede hacerlo en:

Servicio de Anestesiología y Reanimación - 2ª planta del H.U. Virgen del Rocío - Avda. Manuel Siurot s/n. Sevilla. 41013. Telf: 686 376 859.

Gracias por su participación

Antes de la operación

Indique la hora exacta a la que ha empezado el cuestionario: h min

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que mejor defina lo que piensa.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Antes de la operación, durante las visitas del anestesista...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
1	he recibido información sobre todo lo que venía luego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	he podido hacer las preguntas que he querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	me he sentido tranquilo/a, relajado/a, confiado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antes de la operación, durante las visitas del cirujano...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
4	he recibido información sobre todo lo que venía luego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	me he sentido tranquilo/a, relajado/a, confiado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desde las primeras consultas hasta que me trasladaron a quirófano...		Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
6	se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A la llegada al quirófano

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

A la llegada al quirófano...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
7 me he sentido incómodo/a: frío, calor, mala postura en la mesa...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A la llegada al quirófano...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
8 se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de la operación: en la sala de recuperación

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En la sala de recuperación...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
9 he tenido sensaciones desagradables como sed, hambre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 me he sentido incómodo/a: frío, calor, mala postura en la cama/camilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 he tenido dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la sala de recuperación...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
12 he tenido un despertar agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Después de la operación: tras su vuelta a planta

Si ha tenido alguna molestia o dolor, indique el grado de molestia/dolor para cada una de las preguntas siguientes.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

Tras mi vuelta a planta...	Muchísimo	Mucho	Normal	Un poco	Nada
13 he tenido sensaciones desagradables como sed, hambre, náuseas, vómitos, dolor de cabeza...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 me he sentido incómodo/a: frío, calor, mala postura en la cama...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 he tenido dificultades en los quehaceres diarios: comunicarme con los demás, comer, asearme, ir al baño...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 he tenido dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tras mi vuelta a planta...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
17 ha remitido el dolor que sufría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 se ha respetado mi intimidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, desde la primera consulta en el hospital sobre su problema de salud actual hasta hoy

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que más se corresponda con su opinión.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En general...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
19 he podido ver a las personas de mi entorno (familia, amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los tiempos de espera del hospital me han parecido de masiado largos...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
20 para la cita con el anestesista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 para la cita con el cirujano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 durante la consulta anterior a la operación (anestesia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 durante la consulta anterior a la operación (cirugía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En comparación con sus expectativas, para cada pregunta marque la casilla que más se corresponda con su opinión.

Si alguna pregunta no afecta a su caso, rodee con un círculo el número de dicha pregunta.

En general...	Mucho menos de lo esperado	Un poco menos de lo esperado	Justo lo esperado	Un poco más de lo esperado	Mucho más de lo esperado
24 antes de la operación, durante la consulta, el cirujano se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 a mi llegada al quirófano, el anestesista se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 a mi llegada al quirófano, el cirujano se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 en la sala de recuperación, los médicos se han mostrado atentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 en la sala de recuperación ,el personal sanitario se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 tras mi vuelta a planta, los médicos se han mostrado atentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 tras mi vuelta a planta, el personal sanitario se ha mostrado atento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indique la hora exacta a la que ha acabado el cuestionario: h min

¿Echa en falta algún aspecto importante en este cuestionario? Si es así, ¿cuál?

.....

.....

.....

¿Tiene algún comentario adicional?

.....

.....

.....

I. Cuestionario MGPQ y escala EVA

Elija de cada grupo de palabras, aquella que indique sus sentimientos y sensaciones en el momento actual:

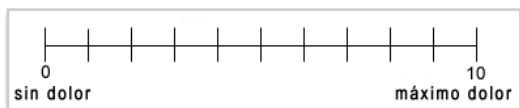
<i>Categoría sensorial</i>	5. Como si exprimiera	<i>Miscelánea sensorial II</i>
<i>Temporal I</i>	<i>Tracción</i>	1. Como latidos
1. A golpes	1. Tirantez	2. Concentrado
2. Continuo	2. Como un tirón	3. Como si pasara corriente
<i>Temporal II</i>	3. Como si tirara	4. Calambrazos
1. Periódico	4. Como si arrancara	<i>Miscelánea sensorial III</i>
2. Repetitivo	5. Como si desgarrara	1. Seco
3. Insistente	<i>Térmico I</i>	2. Como martillazos
4. Interminable	1. Calor	3. Agudo
<i>Localización I</i>	2. Como si quemara	4. Como si fuera a explotar
1. Impreciso	3. Abrasador	<i>Categoría emocional</i>
2. Bien delimitado	4. Como hierro candente	<i>Tensión emocional</i>
3. Extenso	<i>Térmico II</i>	1. Fastidioso
<i>Localización II</i>	1. Frialdad	2. Preocupante
1. Repartido	2. Helado	3. Angustiante
2. Propagado	<i>Sensibilidad táctil</i>	4. Exasperante
<i>Punción</i>	1. Como si rozara	5. Que amarga la vida
1. Como un pinchazo	2. Como un hormigueo	<i>Signos vegetativos</i>
2. Como agujas	3. Como si arañara	1. Nauseante
3. Como un clavo	4. Como si raspara	<i>Miedo</i>
4. Punzante	5. Como un escozor	1. Que asusta
5. Perforante	6. Como un picor	2. Temible
<i>Incisión</i>	<i>Consistencia</i>	3. Aterrador
1. Como si cortase	1. Pesadez	<i>Categoría valorativa</i>
2. Como una cuchilla	<i>Miscelánea sensorial I</i>	1. Débil
<i>Constricción</i>	1. Como hinchado	2. Soportable
1. Como un pellizco	2. Como un peso	3. Intenso
2. Como si apretara	3. Como un flato	4. Terriblemente molesto
3. Como agarrotado	4. Como espasmos	
4. Opresivo		

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Marque con una X su grado de dolor



J. Cuestionario STAI

STAI. State-Trait Anxiety Inventory

INSTRUCCIONES: a continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la **puntuación de 0 a 3** que indique mejor **cómo se siente usted** ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

		NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1.	Me siento calmado -----	0	1	2	3
2.	Me siento seguro -----	0	1	2	3
3.	Estoy tenso -----	0	1	2	3
4.	Estoy contrariado -----	0	1	2	3
5.	Me siento cómodo (estoy a gusto) -----	0	1	2	3
6.	Me siento alterado -----	0	1	2	3
7.	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras -----	0	1	2	3
8.	Me siento descansado -----	0	1	2	3
9.	Me siento angustiado -----	0	1	2	3
10.	Me siento confortable -----	0	1	2	3
11.	Tengo confianza en mi mismo-----	0	1	2	3
12.	Me siento nervioso -----	0	1	2	3
13.	Estoy desasosegado -----	0	1	2	3
14.	Me siento muy “atado” (como oprimido) -----	0	1	2	3
15.	Estoy relajado -----	0	1	2	3
16.	Me siento satisfecho -----	0	1	2	3
17.	Estoy preocupado -----	0	1	2	3
18.	Me siento aturdido y sobreexcitado ----	0	1	2	3
19.	Me siento alegre -----	0	1	2	3
20.	En este momento me siento bien -----	0	1	2	3
21.	Me siento bien -----	0	1	2	3
22.	Me canso rápidamente -----	0	1	2	3
23.	Siento ganas de llorar -----	0	1	2	3
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros -----	0	1	2	3

NADA ALGO BASTANTE MUCHO

25. Me gustaría ser tan feliz como otros -----	0	1	2	3
26. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto -----	0	1	2	3
27. Me siento descansado -----	0	1	2	3
28. Soy una persona tranquila, serena y Sosegada -----	0	1	2	3
29. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas -----	0	1	2	3
30. Me preocupo demasiado por cosas sin Importancia -----	0	1	2	3
31. Soy feliz -----	0	1	2	3
32. Suelo tomar las cosas demasiado Seriamente -----	0	1	2	3
33. Me falta confianza en mí mismo -----	0	1	2	3
34. Me siento seguro -----	0	1	2	3
35. No suelo afrontar las crisis o dificultades --	0	1	2	3
36. Me siento triste (melancólico) -----	0	1	2	3
37. Estoy satisfecho -----	0	1	2	3
38. Me rondan y molestan pensamientos sin Importancia -----	0	1	2	3
39. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos -----	0	1	2	3
40. Soy una persona estable -----	0	1	2	3
41. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado -	0	1	2	3

K. Hoja de información al paciente

TÍTULO DEL ESTUDIO: Validación de un cuestionario de satisfacción con la atención en un Servicio de Anestesia.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Inmaculada Benítez Linero, Facultativo Especialista de Área de Anestesiología y Reanimación.

CENTRO: Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, España.

INTRODUCCIÓN

El estudio arriba citado ha sido aprobado por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla. Nos dirigimos a usted con intención de que sea uno de los pacientes incluidos en dicho estudio. Esta hoja es meramente informativa, léala detenidamente y pregunte las dudas que le surjan.

CARÁCTER VOLUNTARIO

Se le invita a participar en un estudio de investigación. Es usted quien decide de manera voluntaria si desea participar en este estudio, si así lo hiciese podría cambiar su decisión en cualquier momento y retirarse del estudio sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello conlleve un menoscabo en la atención médica posterior.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es adaptar y validar en castellano un cuestionario de satisfacción con la atención prestada por un Servicio de Anestesiología, así podremos medir la satisfacción de nuestros pacientes y conocer la calidad del servicio que prestamos para poder mejorarlo.

Metodología: es un estudio descriptivo, se realizará una adaptación transcultural del cuestionario EVAN-G desde el idioma original (francés) al español. La traducción será realizada por dos traductores bilingües diferentes, realizándose una versión final del cuestionario. Posteriormente un traductor nativo francés realizará una traducción inversa que será comparada con la original. Las diferencias entre ambos serán discutidas y se obtendrá una versión final en español. Será aplicada a un pequeño grupo de pacientes para comprobar su aceptabilidad y relevancia y se realizarán los test psicométricos correspondientes.

Si usted decide participar en el estudio solo tendrá que realizar dicho cuestionario en las 48 horas posteriores a la Intervención Quirúrgica de manera totalmente anónima.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

El principal beneficio que podría obtener de este estudio es poder expresar su opinión acerca de los cuidados asistenciales aportados por el Servicio de Anestesiología y ayudar a realizar un cuestionario capaz de medir la calidad de dichos cuidados. De esta manera intentaremos mejorar en el futuro aquellos aspectos que no sean satisfactorios, suponiendo además un beneficio para otros pacientes. Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio.

El cuestionario que se pretende validar en español (EVAN-G) ya está validado y es utilizado en otros países europeos. En nuestro idioma aun no existe un cuestionario capaz de medir su satisfacción con el Servicio de Anestesia tras recibir una Anestesia General.

Las únicas pruebas que se realizarán tras la IQ será la recogida de datos sobre su estado mediante una encuesta, no serán necesarias pruebas de laboratorio, radiológicas ni de otra índole. Tiene el inconveniente de responder a un cuestionario en una única ocasión en las 48 h tras la cirugía. Usted tendrá la responsabilidad de seguir las instrucciones que se le den y de colaborar en todo el proceso, deberá notificar cualquier evento adverso que le suceda.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal. Solo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como su nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país. El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y al Comité Ético de Investigación Clínica, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

No recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio, tampoco le supondrá ningún gasto.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio. Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

El médico que le informa es la Dra. Inmaculada Benítez Linero, Anestesióloga del H.U. Virgen del Rocío, cuyo papel es el de Investigador Principal. Su tlf de contacto es el 686 376 859. Para cualquier consulta no dude en contactar con nosotros.

TÍTULO DEL ESTUDIO: Validación de un Cuestionario de Satisfacción con la Atención en un Servicio de Anestesia.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Inmaculada Benítez Linero, Facultativo Especialista de Área de Anestesiología y Reanimación.

CENTRO DE DESARROLLO: Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, España.

SERVICIO: Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

Yo, D/Dña , manifiesto
que estoy conforme con el estudio que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de participar en él.
También sé que puedo retirar mi consentimiento

- Si lo estimo oportuno,
- Sin tener que dar explicaciones y
- Sin que ello repercuta en mi atención médica posterior.

En a de de

EL/LA PACIENTE

Fdo.:

